

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku

Kód oboru: 7506R012

Název bakalářské práce:

ROLE UČITELKY MATEŘSKÉ ŠKOLY V ŽIVOTĚ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Role of the Nursery School Teacher in the Life of a Pre-School Child

Autor:

Jiřina Kohoutová

Rubínová 1926

511 01 Turnov

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	Příloh
83	0	0	29	18	4 + 1CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 21. 4. 2006

TU v Liberci, Fakulta pedagogická

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:

Jiřina Kohoutová

Adresa:

Rubínová 1926, 511 01 Turnov

Studijní program:

Speciální pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika předškolního věku

Název bakalářské práce:

ROLE UČITELKY MATEŘSKÉ ŠKOLY
V ŽIVOTĚ DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Název BP v angličtině:

Role of the Nursery School Teacher in the Life of a Pre-School Child

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.

Termín odevzdání práce:

30. 4. 2006

V Liberci dne

11. 3. 2005

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí KSS

Převzal (student): Jiřina Kohoutová

Datum: 15.3. 2005

Podpis studenta:

Charakteristika práce: Bakalářská práce se zabývá problematikou odlišného přístupu učitelky speciální mateřské školy při nemocnici a učitelky mateřské školy běžného typu k dítěti předškolního věku.

Cíl práce: Cílem bakalářské práce je dokázat rozdílnost působení učitelky speciální mateřské školy při nemocnici a učitelky mateřské školy běžného typu na dítě předškolního věku.

Předpoklad práce: Bakalářská práce předpokládá odlišnost role učitelky speciální mateřské školy při nemocnici a učitelky mateřské školy běžného typu v působení na dítě předškolního věku a odbornou znalost vývojové psychologie, která vychází z psychologie obecné a osobnosti.

Hlavní použité metody: Nestandardizovaný dotazník
Rozhovor

Základní literatura:

ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001.
KOLLÁRIKOVÁ, Z., PUPALA, B. *Předškolní a primární pedagogika. Předškolní a elementární pedagogika*. Praha: Portál, 2001.
KYRIACOU, CH. *Klíčové dovednosti učitele*. Praha: Portál, 2004.
MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portál, 2003
VALIŠOVÁ, J. *Speciální pedagog ve výchovně vzdělávacím procesu*. Praha: SPN, 1979.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 21. 4. 2006

Podpis:

Upřímně děkuji svému vedoucímu práce prof. PhDr. Rýdlovi, Csc. za odborné vedení, cenné rady a připomínky.

Nemohu opomenout osoby ze svého nejbližšího okolí, bez jejichž podpory, pochopení a trpělivosti by tato bakalářská práce nemohla vzniknout. I jim patří mé poděkování.

Název BP: ROLE UČITELKY MATEŘSKÉ ŠKOLY V ŽIVOTĚ DÍTĚTE
PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Název BP: Role of the Nursery School Teacher in the Life of a Pre-School Child

Jméno a příjmení autora: Jiřina Kohoutová

Akademický rok odevzdání BP: 2005/2006

Vedoucí BP: prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.

Resumé

Bakalářská práce byla zaměřena na odlišný přístup učitelky speciální mateřské školy při nemocnici a učitelky mateřské školy běžného typu k dítěti předškolního věku.

Práci tvořily dvě stěžejní oblasti.

Jednalo se o část teoretickou, která zpracováním literárních pramenů objasňovala problematiku dítěte předškolního věku v mateřské škole a v nemocnici. Důležité se objevily také pojmy týkající se předškolní a speciální pedagogiky, významnou kapitolou bylo vymezení pojmu učitelky v procesu výchovy předškolního dítěte. Z těchto informací se pak odvíjela prezentace role učitelky mateřské školy běžného typu a role učitelky při nemocnici.

Praktická část metodou dotazníku a rozhovoru dokázala rozdílnost působení, odlišný přístup a specifičnost role učitelky speciální mateřské školy při nemocnici.

Výsledky průzkumu potvrdily rozdílnost působení učitelky speciální mateřské školy při nemocnici a učitelky mateřské školy běžného typu a tomu odpovídala navrhovaná opatření.

Přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné spatřovat ve zpracování nových poznatků v oblasti ovlivnění předškolních dětí učitelkami různých typů škol.

Klíčová slova: učitelka, mateřská škola, nemocnice, předškolní, dítě.

Summary

The bachelor work was focused on the different approach of the specialized school teacher associated with the hospital and the approach of the teacher of the common kindergarten.

The work is composed of two general compartments.

The first one is the theoretical compartment that makes obvious the involvement of the pre-school child situated both in the kindergarten and in the hospital. Definitions concerning pre-school and specialized pedagogy were found to be important just as the section treating of the part of the teacher in the educative process. By using these informations was made the consistend presentation of the both teachers models.

The practicl compartment proved the differentness of the activity with using of questionnaire and interview.

The findings of the survey proved the differentness of the working of the both teachers models.

The asset of the bachelor work regarding to solved involvement is possible to remark in processing new findings in the field of interaction pre-school children and teachers in various types of school.

Descriptors: teacher, kindergarten, hospital, pre-school child.

OBSAH

1 Úvod	7
2 Teoretická část	9
2.1 Dítě předškolního věku	9
2.1.1 Dítě předškolního věku v mateřské škole	16
2.1.2 Dítě předškolního věku v nemocnici	18
2.1.2.1 Připravenost předškolního dítěte na hospitalizaci	20
2.1.2.2 Projekt „Nemocnice se nebojíme!“	20
2.2 Základní otázky pedagogiky	21
2.2.1 Vymezení pojmu předškolní pedagogika	26
2.2.2 Vymezení pojmu speciální pedagogika	29
2.3 Osobnost učitelky v procesu výchovy předškolního dítěte	33
2.3.1 Vymezení pojmu osobnost	33
2.3.2 Osobnost pedagoga	34
2.3.3 Osobnost speciálního pedagoga	37
2.3.4 Osobnost speciálního pedagoga při nemocnici	39
2.4 Role učitelky mateřské školy běžného typu a role učitelky mateřské školy při nemocnici	46
3 Praktická část	52
3.1 Cíl praktické části	52
3.2 Popis zkoumaného vzorku	52
3.2.1 Samostatně hospitalizované děti předškolního věku	53
3.2.2 Rodiče samostatně hospitalizovaných dětí předškolního věku	53
3.3 Použité metody	54
3.3.1 Nestandardizovaný dotazník	55
3.3.1.1 Předvýzkum a jeho výsledky	56
3.3.2 Rozhovor	57
3.4 Stanovení předpokladů	58
3.5 Vyhodnocení výsledků	58
3.5.1 Vyhodnocení nestandardizovaného dotazníku	58
3.5.2 Vyhodnocení rozhovoru	69
3.6 Shrnutí výsledků praktické části	79
4 Závěr	80
5 Navrhovaná opatření	81
6 Seznam použité literatury	82
7 Seznam příloh	83
8 Přílohy	

1 ÚVOD

Možnost osobního porovnání rozdílného působení v roli učitelky mateřské školy běžného typu i v roli učitelky speciální mateřské školy při nemocnici mě vedla ke zpracování bakalářské práce na téma: Role učitelky mateřské školy v životě dítěte předškolního věku. Několikaleté profesní zkušenosti z obou pracovišť mi umožnily objevit odlišnost rovin přístupu nejen k dětem, jejich rodičům, ale i k celé problematice. Vzhledem ke skutečnosti, že laická veřejnost (nezřídka i učitelky běžných mateřských škol) má povědomí o působení učitelky mateřské školy při nemocnici velmi zkreslené, jsem se rozhodla poukázat na specifickou obou profesí.

Zaměříme-li se na poměr počtu učitelek mateřských škol zaměstnaných při nemocnicích a učitelek ostatních předškolních zařízení, dojdeme nutně k závěru o nevyrovnaném zastoupení. I z tohoto hlediska je odborná literatura především zaměřena k prohlubování pedagogických dovedností učitelek zdravých dětí předškolního věku. Pedagogická problematika dětí se somatickými, smyslovými i mentálními nedostatky rovněž není nedostupná. Avšak odborných publikací, které by se vztahovaly a napomáhaly práci učitelek při nemocnici je poskrovnu. Lze v nich nalézt informace, týkající se psychologických hledisek, prožívání bolesti, odvádění pozornosti od nemoci a zvládání nejen adaptačních problémů. Učebnice, které by v dostatečné míře mapovaly všechna úskalí takto specifického pedagogického zaměření nenalezneme.

Vyvrcholením úvahy o rozdílných rolích učitelek mateřských škol byla právě volba výše uvedeného tématu. Cíleným zpracováním jsem se chtěla dobrat konkrétních údajů, které by objasnily v čem spočívá právě shodnost i rozdílnost pedagogického ovlivňování dětí předškolního věku. Mým cílem je diagnostickými metodami dokázat, že myšlenka rozdílnosti působení učitelky speciální mateřské školy při nemocnici a učitelky mateřské školy běžného typu na dítě předškolního věku je správná.

V praktické části jsem se přiklonila k využití metody nestandardního dotazníku a metody rozhovoru. Obě metody splňovaly moji představu požadavku získávání informací v korelaci s prostředím a podmínkami předškolního zařízení, kde působím jako učitelka speciální mateřské školy při nemocnici. Daná praxe a zkušenosti mi napomohly při volbě otázek nestandardního dotazníku, rozhovor byl jen vyústěním již léta používané formy práce s hospitalizovanými dětmi předškolního věku.

Bakalářskou práci jsem rozdělila do dvou hlavních částí. Po úvodu následuje část teoretická, ve které jsou uvedeny údaje potřebné pro pochopení důležitosti učitelky mateřské školy v dětském světě a její nezbytnost v každodenní i náročné životní situaci dítěte předškolního věku. Praktická část zahrnuje vlastní provedený průzkum zkoumaného vzorku dětí a jejich rodičů, dále vyhodnocuje a shrnuje jeho výsledky. V závěru poznatky získané průzkumem vyhodnocuji, zobecňuji a formuluji navrhovaná opatření. Poslední stránky bakalářské práce jsou věnovány seznamu použitých informačních zdrojů a přílohám.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Dítě předškolního věku

Za předškolní období bývá v některých odborných pracích považováno celé období od narození až po nástup do školy. Ve většině vývojově psychologických publikací je však tato etapa chápána jako věk mezi třetím a šestým rokem dítěte. Jedná se o jedno z nejzajímavějších vývojových období člověka. Je to čas neutuchající aktivity tělesné i duševní, velkého zájmu o okolní jevy, doba, která je nazývána obdobím hry, protože je to právě hrová činnost, v níž se aktivita dítěte projevuje především. Celé předškolní období je charakteristické významnými změnami v různých oblastech biologického a psychosociálního vývoje. Charakteristickým znakem tohoto věku je postupné uvolňování vázanosti na rodinu a rozvoj aktivity, která už není tak samoučelná, umožňuje např. dítěti, aby se uplatnilo a prosadilo ve vrstevnické skupině. K uvolnění této závislosti přispívá osvojení běžných norem chování, znalost obsahu rolí a přijatelná úroveň komunikace. Na druhé straně je dětské myšlení stále ještě prelogické a egocentrické, vázané na subjektivní dojem a aktuální situační kontext. Překonání této bariéry je jedním z významných úkolů předškolního období a předpokladem k nástupu do školy, který je důležitým vývojovým mezníkem.

Motorický vývoj

Z hlediska motorického vývoje předškolního dítěte není pochyb o tom, že se zdokonaluje a roste kvalita pohybové koordinace. Pohyby se stávají stále více přesnějšími, účelnějšími a plynulejšími. Toto období se také považuje za vhodné pro zahájení sportů, jako je lyžování, jízda na kole, plavání. Pohybová koordinace se též projevuje ve schopnosti plné sebeobsluhy - dítě se samostatně obléká a svléká, uklízí a skládá si věci, zavazuje tkaničky, samostatně pečuje o svou hygienu.

V oblasti jemné motoriky rovněž dochází k dalšímu rozvoji. V této době si dítě rádo hraje s kostkami, plastelínou, knoflíky, kamínky, korálky. Kolem čtvrtého roku se vyhraňuje lateralita a dítě se v návaznosti na dominanci hemisféry stává buď pravákem, nebo levákem. Rozvoj jemné motoriky je úzce spjat s rozvojem kresby. Od spontánního čarání (kolem dvou let), kdy je čára či „kolečko“ mnohoznačné a často dítětem popisované pokaždé jinak, až ke schopnosti dobře napodobit základní tvary a spontánně malovat postavu člověka, nejprve v podobě hlavonožce. Výtvarné projevy předškoláka jsou značně kreativní.

Vytvořením vhodných podmínek, jako jsou pracovní prostor, různé materiály, dostatek podnětů, mohou rodiče i učitelky mateřských škol podporovat možnost přirozeného uměleckého vyjadřování dítěte.

Kognitivní vývoj

Percepce neboli vnímání v předškolním věku je globální, dítě vnímá celek jako souhrn jednotlivostí, kde zatím není schopno rozlišovat základní vztahy. Snadno se nechá upoutat výrazným detailem, zvláště má-li nějaký vztah k jeho aktuálnímu zájmu nebo potřebě. Dále pokračuje rozvoj zrakové a sluchové diferenciaci, která je nezbytná pro pozdější proces analýzy a syntézy při čtení a psaní. Vnímání prostoru a času je dosud nepřesné, čas dítě posuzuje jen ve vztahu ke konkrétní činnosti. Představy předškoláka jsou barvitě a bohaté, často doplňované dětskými konfabulacemi. O pravdivosti těchto smyšlenek jsou děti přesvědčeny. Při své „činnosti v představách“ si dítě přizpůsobuje někdy obtížně přijatelnou nebo pochopitelnou realitu. Významný proces decentrace dítě učí, že existence prostorového, časového a příčinného světa jevů nezávisí na něm. Opakované zkušenosti sociálních interakcí, jeho hra, imitace, identifikace s druhými a stále kvalitnější používání řeči jako nástroje komunikace, působí jako klíčový vývojový činitel.

V oblasti myšlení předškolního dítěte se uzavírá fáze symbolického, předpojmového myšlení a postupně dochází k plnému rozvinutí názorného intuitivního myšlení, které je typické pro tzv. předoperační stadium. Toto předoperační myšlení je stále vázáno na konkrétní činnosti a aktivitu dítěte. Předškolnímu dítěti chybí odlišení mezi jeho psychologickou realitou a objektivním světem reality. Dítě je egocentrické, středem vlastního světa představ a myšlenek. Další charakteristikou myšlení tohoto období je antropomorfismus (tendence polidšťovat předměty), prezentismus (chápaní všeho ve vztahu k přítomnosti) a fantazijní přístup (vliv fantazie převládá nad respektováním logických skutečností).

Jak uvádí Vágnerová (2000, s. 102), typické znaky předškolního myšlení lze stručně vyjádřit v bodech:

- 1. Egocentrismus, tj. ulpívání na subjektivním pohledu a tendence zkreslovat úsudky na základě subjektivních preferencí. V důsledku toho dochází k nepřesnostem v poznávání.*

2. **Fenomenismus**, tj. důraz na určitou, zjevnou podobu světa, event. na takovou představu. Dítě je fixováno na nějaký obraz reality, který není schopno ve svých úvahách opustit. Svět je pro ně takový, jak vypadá, jeho podstatu vesměs ztotožňuje se zjevnými znaky. Z toho důvodu naprosto odmítá např. takové sdělení, že velryba není ryba. V této souvislosti jde zároveň o přetrvávající vazbu na přítomnost, na aktuální podobu světa, tj. o prezentismus.
3. **Magičnost**, tj. tendence pomáhat si při interpretaci dění v reálném světě fantazií, a tak jeho poznání zkreslovat. Předškolní děti nečiní velký rozdíl mezi skutečností a fantazijní produkcí.
4. **Absolutismus**, tj. přesvědčení, že každé poznání musí mít definitivní a jednoznačnou platnost. Tato tendence je jedním z projevů dětské potřeby jistoty. Relativita názorů dospělých je pro děti tohoto věku nepochopitelná.

Předškolní období je obdobím zkvalitňování řečových dovedností. Dochází k osvojování gramatických pravidel – jednoduché stupňování, časování a skloňování. Zvětšuje se rozsah i složitost vět, užívají se souvětí souřadná i podřadná, roste zájem dítěte o řeč. Stále převládá komunikativní složka řeči, kdy je řeč především dorozumívacím prostředkem a sehrává významnou roli v procesu sociální integrace jedince do skupiny. Zároveň se rozvíjí kognitivní složka řeči, která souvisí s růstem poznatků a zkušeností, stimulací dochází k rozvoji představivosti. Vývojový pokrok můžeme sledovat i v expresivní složce řeči. Dítě již zpravidla dokáže jednoduchým způsobem vyjadřovat své pocity, prožitky a tyto zkušenosti můžeme využít ke stimulaci jeho citového vývoje. Rozvoj regulační funkce řeči u dítěte v tomto období výrazně ovlivňuje regulaci chování, kdy se dítě řídí instrukcemi převedenými do „vnitřní řeči“.

Vágnerová (2000, s. 131) píše, že předškolní dítě dovede přijatelným způsobem vyjádřit svoje názory i pocity, které chce druhému sdělit. Přibližně od čtyř let začínají být děti schopné diferencovat způsob komunikace s ohledem na možnosti svého komunikačního partnera (jeho sociální roli, vývojovou úroveň, citový vztah atd.)

- 1. V komunikaci s dospělým např. používají zdvořilejší způsob vyjádření nebo se vyhýbají nežádoucím slovním výrazům, ale na druhé straně očekávají automaticky porozumění jakémukoli sdělení.*
- 2. Ve vztahu k vrstevníkům se děti vyjadřují přímo, používají často specifické výrazy a oslovení, které by byly pro dospělé nepřijatelné. V komunikaci s vrstevníky, např. ve hře, přechází mnohdy konverzace v monolog. Dítě je zaujaté svou činností a předpokládá u posluchače totožný postoj, popřípadě na něj zcela zapomene.*
- 3. V komunikaci s malými dětmi se dovedou alespoň částečně přizpůsobit jejich komunikačním možnostem a věnují větší pozornost vysvětlení i jejich potřebám.*

V průběhu předškolního období postupně mizí patlavost, přetrvávají problémy jen s obtížnějšími hláskami (L, R, Ř, sykavky), které se však většinou do nástupu školní docházky postupně upravují. Větší řečové problémy bývají řešeny společně s logopedem.

Paměť má převážně charakter bezděčného zapamatování a uchování. Záměrná paměť se začíná uplatňovat až kolem pátého roku, převažuje paměť mechanická. Konkrétní, krátkodobá paměť bývá mezi pátým a šestým rokem rozšířena o působnost paměti dlouhodobé. Avšak už z předchozích let je dítě schopno – někdy i na celý život – zapamatovat si především citově zabarvené situace.

Emoční, motivační a sociální vývoj

V souvislosti s motivačně-volní charakteristikou předškoláka je třeba znovu připomenout neutuchající potřebu aktivity. Tato aktivita má biologický i sociální aspekt.

Současně s výraznou potřebou aktivity a iniciativy je však stejně významná potřeba stability, jistoty, zázemí, trvalosti a bezpečí. Dítě v tomto věku potřebuje více než kdy jindy stabilní zázemí, které mu dává energii a chuť do zkoumání, zvědavosti, do samostatného odpoutávání od této jistoty a zázemí. Mezi významné potřeby tohoto období patří potřeba citového vztahu, potřeba sociálního kontaktu, společenského uznání emancipace, identity a seberealizace.

Nejefektivnější motivací předškoláka jsou nové podněty v rámci hrové činnosti se známými a přátelskými vrstevníky.

Vůle dítěte tohoto věku je velmi kolísavá v důsledku jasných a blízkých cílů spojených s konkrétním uspokojením nějaké jeho potřeby nebo s konkrétní činností. Vůle předškoláka je často stimulována kolektivem nebo imaginací dítěte.

Předškolní období je velmi důležité k formování základních citových projevů. Prožívání dítěte tohoto věku je velmi intenzivní, ale zároveň krátkodobé a proměnlivé. Děti již začínají ovládat své citové projevy, dokáží už být kritické i samy k sobě, hodnotí své chování, umějí se litovat, zlobit se za něco samy na sebe. Vytváří se sebecit, který souvisí s pocitem vlastní identity a sebevědomím. V tomto věku převažuje u zdravého dítěte veselá nálada, postupně ustupuje strach z neznáma, na důležitosti získávají sociální city (láska, nenávisť, sympatie, antipatie).

Mezi vrstevníky se rozvíjí schopnost spolupráce, pochopení pro druhého. Dítě je již schopno pomáhat slabším, vést druhé, podřídí se zájmu ostatních, řeší konflikt kompromisem, ale též vážně soupeřit. V tomto období je velmi důležitý vztah otce a matky, jemuž dítě věnuje velkou pozornost. V této době jsou pokládány základy citového chování a prožívání. Je tedy důležité, v jakém prostředí dítě vyrůstá, jakou pozornost věnuje jeho okolí emocionálním projevům, jaké modely chování může dítě každodenně pozorovat. Právě zde jsou pokládány základy k tomu, jak kvalitní mezilidské vztahy budou ve společnosti, až předškolní děti dospějí, jaké partnerské vztahy budou schopny samy realizovat.

S vývojem emocí a sociálních vztahů souvisí morálně-etický vývoj předškoláka. Již kolem třetího roku mají děti zvnitřněny základní sociální normy. S touto interiorizací souvisí rozvoj svědomí. Předškolák zpravidla ví „co se smí“, „co se nesmí“, „co se sluší“. Často ovšem také pokyny a příkazy porušuje, neboť „musí“ experimentovat ve smyslu jejich porušování a překračování, potřebuje zjistit reakci okolí. Pocit viny pak bývá častým jevem. Za klíčový psychosociální konflikt tohoto období považuje **Erikson konflikt mezi iniciativou a pocitem viny**. Často má dítě tak přísné vlastní svědomí, že na sebe jde raději žalovat dospělému a očekává trest, než aby se dále potýkalo s vlastními pocity viny.

Dítě předškolního věku vnímá dospělého jako neoddiskutovatelnou autoritu, která reprezentuje spravedlnost. Z tohoto důvodu je role dospělých (rodičů, prarodičů, ostatních příbuzných, kteří jsou s dítětem v kontaktu, ale též učitelé mateřských škol) pro formování morálního citění dítěte, pro vytváření etických principů v tomto věku nezastupitelná. Dospělí jsou dítěti jednoznačně modelem a vzorem.

Socializace

V celém procesu socializace dítěte předškolního věku dochází ke změnám ve třech klíčových rovinách:

Dochází ke **zkvalitnění a vývoji sociální reaktivity**. Tento vývoj probíhá plynule od narození, ale předškolní období prvně poskytuje dítěti odlišné vztahy s vrstevníky, dále s rodiči, prarodiči, se sourozenci, širší rodinou a s cizími dospělými. Dítě má možnost procvičovat sociální aktivity, diferencovat a vytvářet kvality vyšší úrovně.

Dochází k **vývoji sociálních kontrol** neboli k přijímání a přijetí norem společensky žádoucího chování. Mezi dětmi jsou značné individuální rozdíly především v návaznosti na rodinné prostředí a uplatňované výchovné přístupy. Ne všechny rodiny prosazují normy „sociálně žádoucí“.

Další významnou rovinou je **osvojování sociálních rolí**, které se děje uvnitř i vně rodiny. Uvnitř rodiny má dítě možnost pozorovat chování náležící k určitým rolím (chlapec, dívka, otec, matka), jehož uplatňování, trénování, modifikování se děje již i mimo rodinu, většinou ve skupině vrstevníků. V předškolním období je dítě schopno samo jmenovat několik svých rolí a toto vědomí je významným krokem v procesu formování vlastní identity.

V předškolním věku dochází k růstu významu vrstevníků. Dítě je sice dosud silně emocionálně vázané na rodiče a rodinné zázemí, ale rád se vydává poměřovat své „síly“ s vrstevníky. Vrstevníky potřebuje ke svým hrám, zkouší různé role, různé formy chování a eviduje reakce okolí na ně. Zažívá situace, kdy skupinu dětí řídí, kdy je skupinou odháněno, kdy je skupinou obdivováno. Důležitý je i kontakt s dětmi různého věku, kdy je třeba umět měnit role – podřídit se staršímu, pečovat o menší, prosadit se. Naučí-li se dítě v tomto období adekvátně komunikovat ve skupině, přináší to výhodu ve školních letech, kdy jsou děti vůči sobě mnohem kritičtější a jsou mnohem více vázány na výkon.

Kontakt s dětmi je důležitý též pro formování vlastního **Já**, pro vytváření schopnosti měnit úhel pohledu a tutéž situaci chápat z hlediska druhého pro ujasňování, jaký jsem, jak mě vidí ostatní, jaký bych chtěl být – neboli začátek rozvoje sebepojetí, sebehodnocení. Základ pro formování mezilidských vztahů je dítěti předáván v rodině, ale v předškolním věku sehraává stejně důležitou úlohu dětské společenství.

Nejvýznamnějším vztahovým rámcem dítěte předškolního věku zůstává nadále rodina, která poskytuje zdroj jistoty, bezpečí, zázemí a bezvýhradného přijetí. Rodina, a především rodičovská dyáda, je také významným prostředím pro formování pohlavní identity. Předškolní období je charakteristické zájmem o vlastní pohlavní orgány, ale též o orgány opačného pohlaví.

Je to často věk, kdy dojde k objevení pohlavních odlišností a k velkému zájmu o ně. S formováním pohlavní identity souvisí též zájem o vzájemné chování rodičů. O to, jak jsou k sobě něžní, jak se hádají, smiřují, jak spolu komunikují, jak vypadají jejich nahá těla. Právě předškolní věk je dobou, kdy dítě potřebuje vidět každodenní interakci rodičů obou pohlaví, aby bylo schopno přijmout rodiče vlastního pohlaví jako svůj identifikační vzor a rodiče opačného pohlaví jako určitý model pro pozdější volbu svého životního partnera. Klíčem k přirozenému a relativně vyváženému vývoji je tedy přítomnost obou rodičů, obou pohlavních vzorů v každodenní rodinné interakci.

Mezi další intenzivní celoživotní vztahy patří vazby se sourozenci. Sourozenecké vztahy jsou ovlivněny věkem a vývojovou úrovní dětí, v předškolním věku mívají dost často ambivalentní charakter. Vzájemný vztah sourozenců závisí ve značné míře na postoji rodičů, jak se dovedou vcítit do dětí a jak jim prezentují své názory. Vazba se sourozenci umožňuje procvičení určitého vztahu v jeho každodennosti, je jakýmsi prověřeným a zafixovaným způsobem chování. Pozice v sourozenecké konstalaci je důležitá i pro postavení v partnerských vztazích v době dospělosti a pro odhad chování opačného pohlaví či míry empatie pro jejich jednání.

Podstatným vztahem uvnitř rodiny je pro předškoláka také vazba s prarodiči. Prarodiče jsou obvykle těmi, kdo mají zpravidla více času, jsou pozitivně nastaveni na interakci s dítětem, jsou tolerantnější k drobným prohřeškům dítěte, poskytují dítěti mnoho alternativních zážitků, umožňují mu pochopit kontinuitu života. Tento vztah je oboustranně vzájemně obohacující.

Hra dětí předškolního věku

Hra souvisí s rozvojem motoriky, s rozvojem kognitivních struktur, s motivačně-volními vývojovými faktory, s rozvojem a naplňováním sociálních vztahů.

Pro dítě předškolního věku je hra analogická pozdějšímu učení či ještě vzdálenější práci. Hra jistě ovlivňuje učební a pracovní návyky a také preference určitých typů her napovídá o zaměření či předpokladech dítěte. Dítě by proto mělo mít možnost hrát si spontánně, aby bylo možné zjistit co ho baví, co mu jde, pro co má předpoklady. Rozpoznání talentu a dispozic s jejich následným rozvíjením je stejně tak důležité jako podněcování oblastí, které by dítě nejspíše spontánně nerozvíjelo.

2.1.1 Dítě předškolního věku v mateřské škole

Období, které je označováno jako věk předškolní, je charakterizováno zejména první velkou společenskou emancipací dítěte. Dnes již není pochyb, že toto období je velká vývojová epocha, významná svou samostatností a svébytností a vlastní spojitost se školou je do jisté míry diskutabilní. Označení – věk předškolní je vžitě a běžně používané. Velká většina dětí tohoto věku navštěvuje mateřskou školu, často nazývanou velmi případně školka. Nezastupitelnost tohoto školského zařízení je nesporná a dá se vlastně považovat za jakousi českou specialitu. Navštěvování mateřské školy v tak vysokém procentu není ve světě totiž zdaleka tak běžné, jako u nás. Téměř 90% všech českých dětí absolvuje docházku předškolního zařízení alespoň poslední rok před nástupem do školy.

Největším přínosem mateřské školy jsou zjevně společenské možnosti, kterých dítě doma nikdy nemůže dosáhnout, a to ani tehdy, není-li, jak je dnes dost obvyklé, jedináčkem. V rodině, kde je více dětí, nejsou sourozenci vrstevníky, a tudíž nemohou procházet stejnými vývojovými fázemi a dosahovat stejné vývojové úrovně, ani stejných kompetencí. Vždy je někdo starší, nebo mladší (záměrně opomíjíme případy dvojčat, trojčat, kde je situace zcela specifická a nedá se dost dobře hovořit o naplněné společenské potřebě). Vztah k druhým dětem, který se vytváří pouze a jen v kolektivu dětí (pokud možno stejně starých), dává nezastupitelné základy k vytvoření celé řady funkčních schopností, na kterých se pak staví celý život.

Mateřská škola přináší dítěti, mimo jiné, i celou řadu vedlejších, avšak nezanedbatelných předností. Tady je možné se zmínit především o oslabení působení rodin se zvláštními výchovnými zásadami, které bychom nemohli označit jako slučující se se společenskými normami a kulturními zvyklostmi. Také děti z rodin nefunkčních nebo procházejících krizí se v mateřské škole ocitají v prostředí citově příznivém, nezatíženém psychickými problémy. V krajním případě se může mateřská škola stát i svým způsobem místem nápravné rodinné výchovy.

Mateřská škola je obvykle místem, kde je větší zastoupení nových poznatků z pedagogiky i psychologie než je tomu v rodině. Učitelky mívají pedagogické vzdělání a celou řadu zkušeností v přístupu k dětem a jejich specifickým potřebám. Nejdůležitějším úkolem mateřské školy je zajištění dětské společnosti pro předškolní dítě jako vývojové nutnosti.

Není možné si myslet, že by dítě předškolního věku nebylo prostoupeno rodinou. Avšak významu nabývá právě jeho kamarádství s vrstevníky. **Vágnerová** (2000, s.128) píše, že „pro předškolní dítě je kamarád ten, kdo chce to, co chci já“. Mateřská škola poskytuje dítěti určitý „výběr souznějících duší, které chtějí to samé“. Děti mají v kolektivu možnost si „vybrat“, kdo jim bude kamarádem, mají možnost srovnávání a učí se toleranci k těm, kteří jim „nesednou“. Učitelky záměrně výchovně působí na harmonické soužití dětí, které má velký vliv na dlouhodobé pozitivní důsledky. Dítěti jsou v mateřské škole navozovány situace, v nichž vystupuje před druhými, vstupuje do centra pozornosti, je aktérem. Sebe prezentace přináší pocity zadostiučinění a hrdosti. Utváří se způsobilost kultivovaného chování mezi lidmi. Pokládají se základy přirozenosti a důstojnosti.

Ačkoliv má předškolní věk jako vývojové stádium určité obecné, typické znaky a tendence, není možné opomíjet jeho individuální podobu. V mateřské škole působí kompetentně odborně fundované učitelky, lidsky přesvědčivé, pod jejichž vedením se zvyšuje možnost dětí stávat se osobností rozvíjející svoji samostatnost a nabývat osobnostních kvalit. Dítě v mateřské škole se opírá o učitelčinu profesionální zdatnost, ale i o její vlastní osobnost. Mateřská škola obhájí právo dítěte na osobnostní rozvoj a vyžaduje pro něj patřičné podmínky. Výhody mateřské školy nikdy nemůže zcela zastoupit rodina. Jako předškolní výchovná instituce přináší dítěti jiné hodnoty než rodina. Vedle spontánních her a nezávazných činností se vytváří prostor pro činnosti užitečné a cílené. Dítě je ovlivňováno snahou o záměrné učení. Jedná se o řízenou motivovanou činnost, která je využívána k plnění pedagogických záměrů, ale zároveň se upřednostňují způsoby a postupy v co nejvíce přirozené formě. Spontánní zkoušení, hledání a přemýšlení se právě v mateřské škole může urychlit připravenými podmínkami.

Dítě by v mateřské škole mělo pouze získat. Získat rozvoj a kultivaci v celé šíři osobnosti a to nejen hrou, ale i prožitkovým a situačním učením.

2.1.2 Dítě předškolního věku v nemocnici

U dítěte předškolního věku je možné pozorovat množství různých strachů a fobií díky bohaté fantazii a magickému myšlení. Jejich množství je úměrné, mimo jiné, také způsobu výchovy, v níž je strašení a vyhrožování nevysvětlitelně používáno k získání „poslušnosti“ dítěte. Nejsou-li přirozeně vzniklé strachy posilovány, část z nich obvykle vymizí a nemají tak vliv na pozdější prožívání. Přesto jich celá řada přetrvává až do dospělosti. K takovým strachům, a v lepším případě obavám, patří strach z lékařského ošetření, byl-li zážitek subjektivně prožíván velmi intenzivně jako negativní. Obavami trpí děti převážně úzkostné, děti úzkostných rodičů a děti, které jsou lékařskými úkony strašeny. Úzkost a strach patří mezi normální a adaptivní fenomény a za normálních okolností signalizují hrozící nebezpečí. Hospitalizaci dětí (a někdy i rodiče) ve většině případů pokládají za situaci, kterou lze za nebezpečnou označit.

V některých případech i onemocnění předškolních dětí vyžaduje odbornou lékařskou péči v rámci hospitalizace. Zde se jako prvořadý jeví odborný lékařský přístup, avšak psychologická péče hraje neméně významnou roli v životě pacienta. Při podceňovaném psychologickém přístupu se může hospitalizace stát traumatizující, zvláště tehdy, je-li předškolní dítě značně oslabené nemocí, výrazně citově vázané na rodinu a ocitá-li se v nemocnici poprvé. Přidá-li se ještě faktor separační, dá se jen těžko očekávat bezproblémová adaptace. Hospitalizací bývá režim předškolního dítěte značně narušen. Je odloučeno od ostatních členů rodiny, kamarádů a často násilně a bez přípravy vytrženo z důvěrně známého prostředí. V závažných případech, kdy je dítě upoutáno na lůžko, dochází k omezení pohybové aktivity, dítě je nečinné, a to se odráží na jeho emočním stavu. V této situaci se dítěte zmocňují obavy, úzkost a strach, což negativně ovlivní další průběh hospitalizace.

V dnešní době již prakticky všechna dětská oddělení mohou přijímat s hospitalizovaným dítětem i matku, respektive nějakou citově akceptovatelnou osobu – otce, prarodiče. Jedná se obvykle o bezplatnou možnost, kterou mohou využívat právě rodiče dětí do šesti let, respektive do zahájení školní docházky. Je-li matka přijata společně se svým dítětem, dítě se obvykle daleko dříve uklidní, neztrácí citovou jistotu a oporu, nemívá pocity strachu z opuštění a léčba může probíhat rychleji a lépe při nižším narušení psychického stavu dítěte. Často se cítění matky odráží na chování samotného dítěte.

Je-li matka příliš úzkostná či úzkostlivá, je-li pod vlivem strachu o své dítě, ne vždy sama reaguje přiměřeně, kritizuje práci sester, lékařů i učitelek, požaduje změnu léčebného režimu, vyžaduje hračky nepřiměřené věku a vyspělosti dítěte a projevuje se netrpělivě, porušuje denní režim dítěte a v celé řadě dalších projevů spíše přispívá k nervozitě, která se přenáší na dítě. Tady záleží na citlivosti a zkušenosti personálu zvládat takové situace.

Předškolní dítě přijaté s citově akceptovatelnou osobou se od začátku hospitalizace chová jistěji, neboť ví, že má za sebou někoho, kdo ho ochrání. Jeho situace je přehledná a srozumitelná, vždy má možnost se na cokoli beze strachu zeptat a chybí mu pocit, že „obtěžuje“. Dobře se orientuje v novém prostředí, protože se obvykle nepohybuje po oddělení samo, případnou bolest zvládá s někým, o kom ví, že ho má rád. Velmi rychle se seznamuje s novými kamarády, hračky a hry mateřské školy využívá bez zábran. Tyto děti neprocházejí separační úzkostí v pravém slova smyslu, ačkoli jsou také vytrženy ze známého prostředí. Je pravdou, že i jejich životní situaci lze považovat za náročnou, ale adaptace probíhá rychleji a obvykle bez větších problémů. Je-li takové dítě navíc hospitalizováno opakovaně, velmi rychle „zdomácní“ a často se stává (pokud to zdravotní stav umožní), že se malý předškolák odchází sám zapojit do činností mateřské školy, aniž by pociťoval nějaké obavy.

Naproti tomu předškolní dítě hospitalizované samostatně je vystaveno celé řadě problémů a zátěžových situací, které musí nějakým způsobem řešit samo. I tady jsou patrné značné rozdíly. Záleží na připravenosti dítěte na možný pobyt v nemocnici, na reakci osoby, která dítě do nemocnice přivádí, na době, kterou s dítětem zůstane, než odejde, na způsobu odchodu, na vlastním somatickém stavu dítěte, na chování personálu a samozřejmě na psychické odolnosti dítěte samotného. Absencí jedné citově zainteresované osoby může předškolní dítě do značné míry znejistit, dezorientovat, vést k vnitřnímu napětí a zmatku, následné nespokojenosti, prohlubování pocitu nesounáležitosti a strachu z opuštění. I když se mnohé děti zdají odolné a jeví se jakoby nedotčeny pobytem v nemocnici, nelze brát jejich vnější projev na lehkou váhu. Děti citlivější a úzkostnější může i krátkodobé odloučení závažně psychicky poškodit. Funkčnost mateřské školy a přítomnost učitelek může do značné míry snížit nepříjemné pocity dítěte. Učitelka částečně zastupuje matku, dítě se má komu svěřit, ke komu přitulit. Při hře má možnost se odpoutat od myšlenky na nemoc a bolest. Může zapomenout na strach z vyšetření a stesk zapříčiněný nepřítomností blízkých. Ale zároveň učitelka představuje pedagogickou autoritu, kterou je dítě zvyklé respektovat a přitom zřetelně vnímá opravdový zájem učitelky o jeho vlastní osobu.

Dále se také nelze nezmínit o dětech, které zjevně v nemocničním prostředí okřívají, velmi rychle se přizpůsobí nastalým změnám a těží svým způsobem ze vzniklé skutečnosti.

V některých situacích je hospitalizace předškolního dítěte prvním spouštěcím mechanismem k osamostatnění dítěte, k jeho uvědomění si vlastních schopností.

K výše uvedenému tématu je uvedena příloha č.1 s příznačným názvem - 10 důvodů proč má být maminka v nemocnici společně se svým dítětem.

2.1.2.1 Připravenost předškolního dítěte na hospitalizaci

Hospitalizace znamená pro každého člověka, tím spíše pro dítě, značnou zátěž. Dá se hovořit o náročné životní situaci, kterou každý prožívá individuálně. Domácí i zahraniční studie ukázaly, že je-li dítě (i jeho rodiče) psychicky připraveno na případnou hospitalizaci, pak, dojde-li k takové situaci, je celá zátěž zvládána daleko lépe. Dítě i rodiče jsou pokojnější, nepropadají depresím. Dobře a pravdivě informovaný rodič lékařem o důvodech nutnosti přijetí dítěte do nemocnice se dokáže sám uklidnit a svůj vyrovnaný postoj přenést i na své dítě. Všechny zainteresované osoby se snaží odbourat mýtus pojetí nemocnice jako „strašáka“. Mateřské školy, zřizované při dětských odděleních, pořádají různé osvětové akce, ve kterých je veřejnost (předškolní děti) seznámena s prostory dětského oddělení, se zdravotnickým personálem, s pedagogickými pracovníky a s režimovým programem. Tyto aktivity bývají pojaty velmi individuálně vzhledem k velikosti a specializaci oddělení.

2.1.2.2 Projekt „Nemocnice se nebojíme!“

Tento projekt je jedním z příkladů, které se na připravenosti dětí k hospitalizaci velice úspěšně podílí. Projekt vznikl na základě osvětové myšlenky s cílem seznámit děti s prostředím nemocnice. Hlavním cílem je zbavení dětí strachu z neznámého prostředí, neznámých lidí a neznámých situací. Překonání těchto překážek usnadňuje spolupráci dětí, rodičů a zdravotního personálu. Jak již bylo uvedeno, hospitalizaci je nutno chápat jako náročnou životní situaci, ve které je třeba dětem preventivně pomoci. Osobní návštěvou na oddělení získávají děti zkušenosti, které jsou nezbytné pro případnou hospitalizaci.

Děti pochopí, že být v nemocnici není „za trest“, ale že je to nutnost k brzkému uzdravení. Přesvědčí se, že i v nemocnici se dají prožít pěkné a příjemné chvíle.

Chápeme-li dítě jako lehce citově zranitelného tvorečka, je důležité mu pomoci již preventivně, a to právě posilováním pozitivního vědomého vztahu k nemocnici. Skutečná návštěva oddělení, seznámení s personálem, vžití se do režimu, setkání se s přítomnými pacienty, to vše zanechá v povědomí dítěte určitý dojem a poskytne tak dítěti čas na jeho zpracování. Při kolektivní návštěvě oddělení se dítě může citově opřít o „vlastní“ učitelku, o své známé vrstevníky, a tak může navázat bezprostřední kladný kontakt i s cizími osobami a zahrnout je mezi své „známé“. Případná hospitalizace je pak méně náročnou situací, dítě má větší pocit jistoty a bezpečí. Tím se samozřejmě urychluje i jeho uzdravovací proces.

Celý projekt je koncipován do příběhu malého Petříka (hadrový panák), který onemocněl a musí být hospitalizován. Děti z mateřských škol jsou zvány do nemocnice, právě na návštěvu za Petříkem. Petřík jim vypráví, co se mu stalo, jak se bál a jak svůj strach překonal. Seznamuje děti s celým oddělením, s lékaři a sestřičkami, a hlavně s mateřskou školou a jejími učitelkami. Petřík pozve děti do nemocniční mateřské školy, ukáže jim hračky a společně si pohrají. Sestřičkou je Petřík vyšetřen. Je mu změřena teplota, je poslechnut fonendoskopem a je mu provedeno základní vyšetření – poslech, poklep, pohmat, pohled. Dětem je sděleno, že vyšetření je nebolestivé, nicméně se připouští, že někdy něco trochu bolí, ale to se musí vydržet, aby byl každý zdravý. Petřík pak dětem ukáže výzdobu oddělení, kde je zřejmá aktivní práce dětí, ukáže dětem, co si sám vyrobil a co si vezme domů. Petřík pak uvidí příjezdět sanitku a prozradí, že se zná s řidičem. Zprostředkuje dětem prohlídku vozu záchranné služby. Po prohlídce je Petřík unaven a uléhá do postýlky, kde ho učitelka uspává pohádkou a děti mu společně zazpívají ukolébavku.

2.2 Základní otázky pedagogiky

Pedagogika je jednou z vědních disciplín, která zkoumá významnou součást společenské skutečnosti – výchovu, vzdělávání, vyučování, školské systémy a záměrné ovlivňování vývoje člověka. Svůj název odvozuje pedagogika z antického Řecka, kde „paidagogos“, často vzdělaný otrok, pečoval o děti ze zámožných rodin.

Složitý vývoj pedagogiky způsobil, stejně jako řadě dalších společenských věd, vyčlenění této vědní disciplíny z filosofie a postupné její rozšíření zaměřením, a to již ne pouze na výchovu dětí a dospívající mládeže, ale i na výchovnou problematiku celospolečenské povahy. Učitelství je ovšem mnohými sociology považováno za tzv. semiprofesi (poloprofesi), poněvadž nerozvinulo některé znaky, které jsou pro plně etablované profese typické. Chybí například samosprávné orgány rozhodující o základních otázkách postavení profese, přípravy na ni, podmínek vstupu do ní, kontroly její kvality, respektování jejího etického kodexu.

Vzhledem ke stále se posunujícím hranicím vychovatelnosti, vzdělatelnosti a rekvalifikaci je pedagogika vědou o permanentní výchově, o celoživotní výchově dětí, mládeže a dospělých. Předmětem pedagogiky je tedy nejen tradiční výchova a vzdělávání mladé generace, ale celé společnosti.

Přínos a význam pedagogiky:

1. Teoretické zaměření pedagogiky spočívá v odhalování zákonitostí výchovy a její úlohy v rozvoji jedince i v životě společnosti. Pojetí a organizace výchovy sleduje povahu společenských systémů, které se v ní reflektují svými humanistickými, demokratickými nebo antidemokratickými, nacionalistickými a totalitními rysy. Pedagogika poskytuje také rozbor výchovy ve všech věkových obdobích a v nejrozličnějších vzdělávacích a výchovných zařízeních. Analýzou různých výchovných systémů, jejich cílů, forem, metod a prostředků, pomáhá pedagogika hledat optimální výchovně vzdělávací koncepci pro danou společnost a tím se stává jedním z teoretických východisek školské politiky státu.

2. Praktické zaměření pedagogiky zahrnuje výchovnou praxi všech typů škol a výchovně vzdělávacích zařízení. Poskytuje potřebné podněty nejen pro školské a výchovné pracovníky, ale i pro rodiče a celou řadu dalších pracovníků, kteří se s výchovnými problémy setkávají i třeba jen okrajově.

Pro další vývoj pedagogiky je potřeba, aby se oba výše uvedené směry vyvíjely v jednotě a aby se vzájemně ovlivňovaly. Jen tak se může pedagogika i nadále rozvíjet jako samostatný vědní obor a může se úspěšně posunout i prakticky výchovně-vzdělávací systém a jeho fungování.

Pedagogika a jiné vědy

Komplexnost výchovné problematiky vyžaduje úzké spojení pedagogiky s jinými vědními obory. Každý výchovný jev je posuzovatelný z různých hledisek (sociální, individuální, společensko-historické, biologicko-psychologické, formativní i seberealizační) a stojí v zorném poli zkoumání vědních oborů, často i velmi rozdílných. Pedagogika je navíc závislá na vývoji poznatků jiných, příbuzných věd.

Pomocné vědy pedagogiky (základní)

- **biologie** (tělesný a rozumový vývoj, školní hygiena)
- **filosofie** (filosofie výchovy)
- **etika** (morálka a výchova)
- **logika** (uspořádání učiva, koncipování učebnic)
- **estetika** (projevy a vnímání krásna, normy estetického hodnocení a umělecké kritiky)
- **psychologie** (složení, povaha, zákonitosti a potřeby lidského duševna)
- **sociologie** (lidská společnost a společenský pohyb)

Hraniční vědy pedagogiky

- **pedagogická psychologie** (studuje psychologické zákonitosti ve výchovně vzdělávacím procesu, obsahem je studium psychických podmínek výchovy, působení pedagogických prostředků na lidskou psychiku, psychologických problémů interakce a problémů seberealizace mladého člověka a také otázky mentální hygieny)
- **sociologie výchovy** (zkoumá společenskou povahu jevů, jež bezprostředně souvisí s výchovnými a vzdělávacími procesy, společenské podmínky výchovy a funkcionální formativní vlivy)
- **pedagogická antropologie** (je zaměřena na zkoumání podstaty člověka lidské subjektivity a seberealizačních problémů člověka)
- **pedagogická axiologie** (zabývá se teorií hodnot promítnutou do pedagogické problematiky)

Struktura pedagogiky

Hlubší rozvoj poznání v jednotlivých oblastech pedagogiky dosáhl takové úrovně, že se vedle pojmu „pedagogika“ užívá přesnějšího označení „pedagogické vědy“.

Klasické pedagogické vědy

- Obecná pedagogika
- Obecná didaktika
- Teorie výchovy
- Speciální pedagogika
- Metodiky
- Sociální pedagogika
- Teorie výchovy a vzdělávání dospělých
- Srovnávací pedagogika
- Dějiny pedagogiky
- Ekonomika vzdělávání
- Nauka o školských soustavách a předpisech

Z hlediska vývojových stádií můžeme hovořit o pedagogice batolete, pedagogice puberty, pedagogice adolescence. Pedagogiku, která se vztahuje k určitému typu školy lze označit jako pedagogiku předškolního věku, elementární (nižší stupeň ZŠ), mladšího školního věku a pedagogiku dospělých.

Podle uplatnění ve výchovných zařízeních je vymezována pedagogika předškolních zařízení, školních zařízení, mimovyučovacích zařízení a mimoškolních zařízení.

Z tradičního rámce pedagogiky se vyčleňují stále nové pedagogické disciplíny. Jejich nejčastějším kritériem je obor, v němž se výchova uskutečňuje, případně s níž souvisí. Tak vznikla např. lingvistická pedagogika, estetická pedagogika, tvoří se literární, hudební a výtvarná pedagogika.

Metody pedagogiky

Pedagogika patří do skupiny společenských věd, která má své metody. Povaha těchto metod vyplývá z charakteru pedagogické vědy a předmětu jejího zkoumání (zkoumání výchovných jevů a z možností přístupu k těmto jevům při jejich zkoumání). Tyto možnosti jsou určovány vývojovým stádiem pedagogiky, které ji odlišuje od četných jiných věd.

Metody vědeckého výzkumu v pedagogice

Metodologií pedagogiky rozumíme nauku o metodách, jimiž pedagogika jako věda poznává fakta a vztahy a zjišťuje pedagogické zákonitosti. Toto poznávání a zjišťování je záležitostí pedagogického výzkumu.

Výzkum základní

- slouží k rozvoji teoretického poznání podstaty a teoretických souvislostí mezi sledovanými oblastmi výchovy
- využití a praktická aplikace výsledků základního výzkumu vyžaduje obvykle ještě další výzkumy, které jsou spojeny s určitými problémy, a ty základní výzkum neřeší

Výzkum aplikovaný

- sleduje již konkrétní praktické cíle
- není prováděn jen vědeckovýzkumnými pracovníky (zajišťují přímí účastníci výchovného procesu nebo činitelé z oblasti jeho řízení)

Výzkumné pedagogické metody

Metody získávání faktů

1. přímé – a) pozorování

b) pokus, experiment

2. nepřímé – a) dotazovací metoda rozhovoru – interview

metoda dotazníku

b) dokumentové metoda rozboru žákovských prací

metoda rozboru školních dokumentů

metoda rozboru literárních dokumentů

Metody zpracování faktů

1. srovnávací

2. typologická

3. statistická

2.2.1 Vymezení pojmu předškolní pedagogika

Předškolní pedagogika jako samostatný oddíl soustavy pedagogické vědy rozpracovává komplexně teorii předškolní výchovy a je tedy vědou o výchově dětí v předškolním období. V soustavě pedagogické vědy zaujímá místo speciálního vědního oboru, který vzniká členěním pedagogiky podle věkových období dětí.

Předškolní pedagogika a jiné vědy

Obdobně jako pedagogika obecná, využívá pedagogika předškolní poznatků všech věd, které zkoumají povahu a zákonitosti tělesného a duševního vývoje člověka, tedy věd biologických a celé soustavy věd psychologických (psychologie obecné, vývojové, sociální, pedagogické psychologie a psychologie osobnosti). Opírá se též o poznatky sociologie a demografie (např. údaje o porodnosti, rozvodovosti, rozložení obyvatelstva) a sociologie výchovy. Také výsledky ostatních vědních oborů, například právních věd, estetiky, etiky a četných dalších, používané v obecné pedagogice, jsou významné i pro pedagogiku předškolní.

Předmět zkoumání předškolní pedagogiky

Předmětem zkoumání jsou zákonitosti cílevědomého a záměrného utváření osobnosti dítěte v rodině a v předškolním zařízení.

Cíl, obsah, úkoly, principy, prostředky, zásady, formy a metody výchovy dítěte předškolního věku zkoumá předškolní pedagogika s ohledem na věkové zvláštnosti dětí.

Metody předškolní pedagogiky

V pedagogice obecné, a tudíž i předškolní, se používají metody **explorativní**. Zjišťují stav a stupeň rozvoje dětí i vychovatelů (včetně rodičů) jako rozhodujících účastníků výchovného procesu, jejich vědomostí, dovedností, názorů a postojů, kritérií, hodnotících soudů nebo motivů k činnosti. Nejčastěji se volí forma otázek a odpovědí (v písemné podobě – dotazník, rozhovor – interview, popřípadě anketa).

Další metodou je **pedagogický experiment**, který může být přirozený (ve třídě mateřské školy) nebo laboratorní (v podobě speciálně vědecké aparatury).

Výchovné jevy a některé nové souvislosti odhaluje **pedagogický výzkum** také studiem materiálních výsledků a prací dětí. Dále studiem dokumentace osobních záznamů, lékařských záznamů, třídních knih a výkazů, zápisů z porad pedagogických pracovníků a školních kronik.

Historický vývoj předškolní pedagogiky

Cílem této části bakalářské práce není charakterizovat celý historický vývoj předškolní výchovy, který je, v oboru zasvěceným lidem, chronicky znám. Nelze se však nezmínit o některých důležitých momentech v dějinách předškolní výchovy.

Poprvé v dějinách myšlení o výchově odůvodnil **J. A. Komenský** nutnost systematické předškolní výchovy ve dvanácti kapitolách svého Informatoria školy mateřské. Svým dílem Komenský dokazoval, že v zájmu existence dospělých a vlastní budoucnosti je třeba dítěti věnovat náležitou pozornost a rozumět mu. Pokud dospělí skutečně porozumějí dětským potřebám a vývojovým zvláštnostem, mohou děti dobře vychovat a tím také zajišťovat vývoj celé společnosti. V očích Komenského jsou děti nejdražšími klenoty, nejcennějším darem, nejnadějnějším příslibem a hlavně největším bohatstvím, které lidské společenství má. Objevny význam tohoto pohledu na dítě však zůstal po staletí nedoceněn a nevyužit.

Nemilosrdným kritikem Komenského přístupu k dítěti byl **Jean Jacques Rousseau**, který jako jeden z prvních obhajoval práva dítěte a stal se zakladatelem teorie přirozené svobodné výchovy. Dětství považoval za období, které je svou hodnotou rovnocenné ostatním, a povinností dospělých je respektovat jak věkové zvláštnosti dítěte, tak i jeho individualitu. Tyto myšlenky v průběhu 19. století přispěly ke vzniku a rozvoji specializovaných vědních oborů, které se zaměřily na dítě, jsou to např. vývojová psychologie, pediatrie a v neposlední řadě i předškolní pedagogika.

Hnutí za novou výchovu ovlivnilo pedagogické myšlení a pojetí dětství do té míry, že prakticky celé 20. století věnuje tomuto tématu výsadní pozornost. Lze říci, že počátek 20. století dětství v celé šíři a bohatosti teprve objevil. Je proto přirozené, že myšlenky nové výchovy vykrystalizovaly v pojetí dítěte a dětství, z něhož vychází osobnostně orientovaná výchova i v 21. století.

Zpočátku se vznik předškolních institucí zdůvodňoval sociálně-pečovatelským posláním s cílem zastoupit rodinnou péči u dětí opuštěných, odložených nebo u sirotků.

Možnost usměrňovat dětské chování, navozovat potřebné činnosti, rozšiřovat poznatky a cíleně organizovat užitečná zaměstnání byla nejen lákavá, ale i nutná, protože soustředění většího počtu malých dětí do vymezeného prostoru se bez organizace, pořádání a řízení činnosti nedalo zvládnout. V početné skupině se v zájmu pořádku a přehlednosti musely požadavky na děti sjednocovat, rozdíly mezi nimi stírat, individuální pocity přehlížet, některým zájmům bylo třeba dát přednost, jiné omezit. Institucionální výchova omezovala přirozený vývoj a zájem dítěte nejen organizací společných činností, povinných pro všechny děti, ale i jejich obsahem.

V dnešní době představuje mateřská škola v čele s dobře připravenou učitelkou počátek systematického výchovného působení, v němž se zásadní princip individualizace v podmínkách skupiny může v plné šíři uplatnit. Nikdy později už nebude v institucionální výchově tolik času a příležitosti k tak individualizovanému osobnostně zaměřenému, pestrému a různostrannému působení. Vzdělávání poskytované mateřskou školou se v mnohém liší od vzdělávání poskytovaného školou základní. Jeho specifika vyplývají především z dosud nehotových a postupně se rozvíjejících osobnostních struktur dítěte předškolního věku a jeho specifických potřeb. Předškolní vzdělávání se tedy přizpůsobuje vývojovým, kognitivním, sociálním a emocionálním potřebám dětí této věkové skupiny.

Základním východiskem pro školní vzdělávací program každé mateřské školy je **Rámcový program pro předškolní vzdělávání**. Základní obsah předškolního vzdělávání byl stanoven tak, aby v návaznosti na současné trendy ve vzdělávání odpovídal cílům a záměrům předškolního vzdělávání a aby respektoval věk, předpoklady a zkušenosti dětí předškolního věku, jejich současné i budoucí potřeby a stejně tak i prostředí a možnosti mateřské školy. Obsah je strukturován do oblastí, které reflektují vývoj dítěte, jeho přirozený život, zrání i učení. Jednotlivé oblasti jsou rozlišeny na základě vztahů, které si dítě postupně vytváří k sobě samému, k druhým lidem i k okolnímu světu. Interakčních oblastí je celkem pět: biologická, psychologická, interpersonální, sociálně-kulturní a environmentální. Odvozené oblasti jsou v Rámcovém programu nazvány:

1. **Dítě a jeho tělo**
2. **Dítě a jeho psychika**
3. **Dítě a ten druhý**
4. **Dítě a společnost**
5. **Dítě a svět**

Záměrem předškolního vzdělání je dovést dítě na konci jeho předškolního období k tomu, aby v rozsahu svých osobních předpokladů získalo věku přiměřenou fyzickou, psychickou i sociální samostatnost a základy kompetencí důležitých pro jeho další rozvoj a učení, život a vzdělávání. Tedy základy pro zdravé sebevědomí a sebejistotu, pro schopnost být samo sebou a zároveň se přizpůsobit životu v sociální komunitě, základy pro schopnost jednat v duchu základních lidských a etických hodnot. To vše na úrovni věku předškolního dítěte, elementárním možností jeho chápání a vidění světa i přirozeným životním souvislostem a okolnostem, v nichž dnešní dítě vyrůstá.

Rámcový program je natolik otevřený, že umožňuje každé škole tvorbu vlastního programu, který co nejvíce odpovídá konkrétním podmínkám a možnostem mateřských škol a to při zachování společného základu, který je závazně stanoven.

2.2.2 Vymezení pojmu speciální pedagogika

Speciální pedagogika je obor, zabývající se výchovou a vzděláváním tělesně, zdravotně, smyslově, řečově, mentálně a sociálně narušených jedinců.

Speciální pedagogika spolupracuje s dalšími obory, zejména s pedagogikou, lékařskými vědami (psychiatrie, neurologie, pediatrie apod.), sociologií, psychologii (obecná, vývojová, pedagogická a patopsychologie) a historií.

Pozn. Patopsychologie je věda o hraničních psychických jevech, zabývá se jedinci vybočujícími z normy, ale ještě nedosahujícími patologie.

Psychopatologie je věda o duševních poruchách, která studuje psychické procesy, vlastnosti a stavy. Důsledky chování nepřipisuje nemoci, ale způsobu života, který má svou logiku, i když negativní (vliv rodiny, prožité traumata, stresy, konflikty ...).

Rozdělení speciální pedagogiky podle druhu postižení

PSYCHOPEDIE (psyché – duše) – mentálně postižení, $IQ < 70$

SOMATOPEDIE (soma – tělo) – tělesně a zdravotně postižení

TYFLOPEDIE (tyflos – slepý), **OFTALMOPEDIE**, **OPTOPEDIE** – zrakově postižení

SURDOPEDIE (surdus – hluchý), **AKUPEDIE** – sluchově postižení

LOGOPEDIE (logos – slovo) – řečově postižení, vady a poruchy řeči

ETOPEDIE (ethos – mrav) – sociálně narušení jedinci s poruchami chování

Cíl, metody, zásady speciální pedagogiky

Cílem speciální pedagogiky je dosažení optimálního rozvoje osobnosti s ohledem na postižení a co nejúspěšnější uplatnění pracovní, společenské a osobní.

Ke splnění tohoto cíle je nutné

- **poznávání** osobnosti těchto jedinců a jejich speciálních potřeb (v rámci diagnostiky, v průběhu výchovně vzdělávacího procesu)
- maximálně možný **rozvoj a stimulace** při respektování zvláštností postižení i jedinečnosti každé osobnosti
- **výchova, vzdělávání a vyučování**
- poskytování **speciálních služeb a podpor** při společenském a pracovním uplatnění těchto jedinců v průběhu celého jejich života

Socializace

Socializační proces se uskutečňuje především v průběhu mezilidských vztahů, kdy společnost na genetickém základě jedince buduje jeho osobnost a přetváří ho tak z bytosti biologické v bytost společenskou. I postižený člověk čerpá ze společenského prostředí životní návyky, orientuje se ve společenských hodnotách, diferencuje své citové vztahy a vpravuje se do různých sociálních rolí. V uvedeném procesu se lidé začleňují do společnosti, osvojují si společenské zkušenosti, vědomí, kulturu, hodnoty a normy sociálních skupin, k nimž náleží. Výsledkem socializačního procesu by měla být **sociální adaptace jedince**, tzn. přizpůsobení podmínkám společenského života.

Socializace jedince - 4 stupně

1. **Integrace** – plné začlenění jedince do společnosti
2. **Adaptace** – přizpůsobení jedince, společnost bere ohledy na handicap
3. **Utilita** – sociální upotřebitelnost, uplatnění za dozoru, závislost na druhých osobách
4. **Inferiorita** – sociální nepoužitelnost, vyčlenění ze společnosti, odkázání na péči druhých

Základní metody speciální pedagogiky

1. **REEDUKACE** – postupy, při kterých dochází ke zlepšení, zdokonalení výkonu postižené funkce tzn. k její znovuvýchově
2. **KOMPENZACE** – souhrn postupů, jimiž se zlepšuje, zdokonaluje výkonnost jiných funkcí než funkce postižené
3. **REHABILITACE** – metoda, která upravuje společenské vztahy a možnosti uplatnění (léčebné, terapeutické metody)

Zásady speciální pedagogiky

SOUSTAVNOST

VČASNOST

OPTIMÁLNÍ PROSTŘEDÍ

VÝVOJOVOST

VŠESTRANNOST

POSKYTNUTÍ SPRÁVNÝCH FOREM PRÁCE

Historický vývoj speciální pedagogiky

Tělesné či smyslové postižení je možné považovat za jev, který je nápadný tím, že se vyskytuje relativně málo. Postižení jsou tedy v populaci spíše výjimeční a odlišují se tím ve svůj neprospěch od běžných norem populace. Někteří se ještě navíc odlišují od určitého estetického ideálu kultury, tj. přijatelnosti, vzhledu jedince.

Společenský tlak na konformitu, na přizpůsobení se tomu, co je v dané společnosti běžné, se samozřejmě vztahuje i na vnímání a přijímání jednotlivých členů společnosti. Ti, kteří nejsou jako všichni ostatní, kteří se odlišují a to nejen chováním, ale i svým fyzickým vzhledem či jinými charakteristikami, jsou zpravidla vnímáni jako jiní.

Pro vztah k postiženým je podstatný vývoj lidské společnosti jako celku a to směrem k toleranci a schopnosti akceptovat odlišnost. Na primitivních úrovních rozvoje jsou respekt k individu a tolerance k jeho odlišnosti velice nízké. Nezávislost jedince na jeho sociální skupině a z toho plynoucí úroveň zaujímání svobodných a nezávislých postojů, stejně jako vývoj celé společnosti k postojům respektování odlišnosti, se vyvíjí spolu s vývojem celé společnosti k vyšším kulturním úrovním.

Na počátku 20. století se výchova „vadných“ dětí a mládeže nazývala **nápravná pedagogika**. Teorie poukazovala, že v pedagogice a didaktice těchto dětí jsou věci společné. Speciální metodiky byly odlišné, ale základ byl společný. Styčné body jsme mohli nalézt v oblastech, týkajících se cvičení, rozvíjení a pěstování základních psychických funkcí. V polovině 20. století ustoupil tento pojem novému názvu **SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA**, neboť nešlo jen o nápravu, ale o tvoření nových dovedností a návyků. Problematika se postupem vývoje oboru jevila tak rozsáhlá, že bylo nutné přistoupit k rozčlenění speciální pedagogiky na jednotlivé obory.

Za poznámku ještě stojí historický pohled na výchovu a vzdělání jako na oddělené jednotlivé složky. Dnes již víme, že výchovu a vzdělání od sebe rozdělit nelze a že při výchově vzděláváme a při vzdělávání vychováváme. Z této myšlenky také pravděpodobně vychází definice speciální pedagogiky:

... speciální pedagogika je obor, zabývající se výchovou a vzděláváním tělesně, zdravotně, smyslově, řečově, mentálně a sociálně narušených jedinců ...

2.3 Osobnost učitelky v procesu výchovy předškolního dítěte

2.3.1 Vymezení pojmu osobnost

Za osobnost můžeme považovat interakci psychických, somatických a sociálních jevů, syntézu všeho původního (zděděného, vrozeného) a získaného (během individuálního vývoje). Podstatnou charakteristikou osobnosti je její typičnost, jedinečnost pro daného jednotlivce, projevující se chováním, jednáním a sebeuvědoměním. Můžeme tedy hovořit o organizovaném, integrovaném celku, v němž jsou jednotlivé části spjaty a ovlivňují se. Struktura osobnosti je relativně stálá, avšak otevřená vůči formativním vlivům. Vývoj osobnosti je i přes neustálý vývoj v průběhu života kontinuální (každá fáze vychází z předcházející, navazuje na ni a je jí ovlivněna). Každá osobnost je součástí určitého prostředí, které ji v určité míře ovlivňuje a na které ona sama specificky působí.

Člověk se jeví navenek tak, jak se i sám hodnotí. Proto nelze opomenout pojem sebepojetí a sebehodnocení.

SEBEPOJETÍ – vytváření obrazu sebe samého

SEBEHODNOCENÍ – různá úroveň oceňování se, sebehodnocení zahrnuje sebepoznání a úzce s ním souvisí sebevědomí (sebedůvěra)

SEBEVĚDOMÍ má dvě roviny:

* *reálné „Já“* (ego) – tj. to, za koho se jedinec považuje, jak se hodnotí

* *ideální „Já“* (super ego) – tj. to, jaký by chtěl být

Míra rozporů mezi těmito rovinami sebehodnocení vytváří tzv. sílu ega. Zde platí nepřímá úměra. Čím jsou tyto rozpory větší, tím je síla ega menší.

Obraz „Já“ tedy představuje to, jak sám sebe subjekt hodnotí – jaký jsem (reálné „Já“), jaký bych chtěl být (ideální „Já“), ale také jaký by měl být (co od něho očekává okolí) i jaký by mohl být. Důležitou úlohu v sebepojetí má interakční zkušenost.

Sebepojetí obsahuje nejen soud o sobě samém, ale také citový vztah k sobě samému (sebecit, sebeláska). Sebeláska je vyjádřena mírou sebeakceptace tj. mírou spokojenosti či nespokojenosti se sebou samým.

2.3.2 Osobnost pedagoga

Rysy osobnosti učitele

K bezkonfliktnímu, pozitivnímu a vývoji žáků stimulujícímu ladění pedagogických situací přispívají rysy osobnosti učitele.

* **EMPATIE** – klíčová vlastnost každého učitele vedoucí k pochopení pravých problémů nejen dětí, ale i rodičů

* **VŘELOST** – projevuje se především laskavým, milým a přátelským chováním a vytváří podmínky pro uvolněné vztahy učitele s dětmi a dětí vzájemně mezi sebou

* **INTEGRITA OSOBNOSTI** – emocionální stabilita učitele, jeho sebedůvěra a sebeocení se v nemalé míře projevují v přístupu k pedagogickým situacím

- Emocionální stabilita

Učitel, který je převážně pozitivně laděn s přiměřenou intenzitou citů a jejich vzrušivostí, s pocitem psychické pohody, vytváří pro děti příznivější podmínky než učitel, který je v souvislosti s pedagogickými situacemi emocionálně vzrušivý, proměnlivý v náladách, který nedovede své city přiměřeně ovládat, je netrpělivý a vytváří vysoce náročné, někdy i stresující situace.

- Sebedůvěra

Významnou vlastností učitele je i adekvátnost jeho sebeocení, sebedůvěra, síla a energie. Naopak negativně na děti působí učitelova pasivita, sklíčenost, nedostatek energie a sebedůvěry.

- Racionálnost

Pro bezkonfliktní vývoj pedagogických situací se jeví racionální přístup nejpríznivějším řešením.

* **DYNAMISMUS OSOBNOSTI** – za přednost můžeme pokládat rychlost a pružnost při řešení pedagogických situací. Naopak pro rychlé reagování a řešení situací je handicapem učitelova rigidita, nepružnost, nepřizpůsobivost a celkově málo dynamické chování

* **DOMINANCE** – přiměřený stupeň dominance je předpokladem úspěšnosti každého učitele. Učitel musí umět přimět děti (žáky), aby usilovaly o realizaci vytyčených cílů. Učitel neschopný vedení, nerozhodný, s nejasnými požadavky a hodnocením, neschopný si udržet kázeň, vyvolá u dětí nejistotu a nepříznivé pracovní prostředí. Bohužel i vysoká dominance učitele může negativně působit na vývoj dětí, protože je brzdou v jejich samostatnosti a tvořivosti

Kromě rysů osobnosti výrazně ovlivňují pedagogickou kompetenci učitele i jeho schopnosti pedagogické

* **DIDAKTICKÉ SCHOPNOSTI** – jasný výklad učiva, povzbuzení zájmu o předmět (výchovu), rozvíjení samostatného myšlení

* **KONSTRUKTIVNÍ SCHOPNOSTI** – formulace vyučovacích a výchovných postupů na základě předvídání reakce, pružnost v přijímání nových postupů a tvořivosti

* **EXPRESIVNÍ SCHOPNOSTI** – srozumitelné verbální i neverbální vyjadřování myšlenek, citů, postojů

* **KOMUNIKATIVNÍ POSTOJE** – schopnost interakce učitele a dětí, jednání s nimi, nalezení vhodného přístupu, navázání s nimi vztahu porozumění a vzájemného respektu

* **ORGANIZAČNÍ SCHOPNOSTI** – v organizaci vlastní pedagogické práce i v organizaci mimoškolních aktivit dětí a žáků

* **PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI** – objektivní vnímání dětí a porozumění pro ně

* **SCHOPNOSTI SEBEREFLEXE** – poznání sebesamého, svých předností i nedostatků. Předpoklad sebevýchovy učitele

Sociální role učitele

Učitel plní ve společnosti významnou, nezastupitelnou funkci – připravuje mladou generaci pro její budoucí produktivní život. Učitelská role má řadu dimenzí.

* **DIMENZE INSTRUKTORA** – je průvodcem žáků v jejich znalostech, chápání skutečnosti a chování, informuje a vysvětluje

* **DIMENZE STRATÉGA** - učitel žáky řídí, vede je k efektivní spolupráci, dobrým vztahům, podporuje jejich soudržnost

* **DIMENZE TERAPEUTA** - upevňuje duševní zdraví žáků a uspokojuje jejich individuální a skupinové potřeby

* **DIMENZE PŘÍKLADU** – dává svým chováním a činnostmi žákům příklad, funguje jako vzor

* **DIMENZE ZÁSTUPCE RODIČŮ** – podporuje vývoj žáků jako svébytných osobností a vede je k odpovědnosti za tento vývoj

Náročnost učitelské role je dána i tím, že se prolíná s ostatními životními rolemi učitele. Některé z nich mohou negativně ovlivňovat průběh učitelské role.

Při utváření učitelské role jsou důležité tyto faktory:

- **OSOBNÍ ZKUŠENOSTI UČITELE Z DĚTSTVÍ**, kdy některé bývalé učitele může přijímat za vzor, jiným se podobat nechce (negativní vzor)

- **OSOBNÍ ZKUŠENOSTI Z POČÁTKU VLASTNÍ PRAXE**

- **NÁZORY DRUHÝCH UČITELŮ – KOLEGŮ**

2.3.3 Osobnost speciálního pedagoga

Speciální pedagog musí bezpodmínečně splňovat všechny výše uvedené charakteristiky v kapitole 2.3.2 Osobnost pedagoga a navíc ještě celou řadu dalších speciálních vlastností a dovedností, bez kterých by jeho práce nemohla být úspěšná.

Osobnost speciálního pedagoga hraje v celém speciálním školství podstatnou roli. Jednak jde o jeho individuální jedinečnost a míru vlastností, potřebných pro efektivní práci, v druhém smyslu jde o jeho vybavenost potřebnými kompetencemi a dovednostmi.

Ideální osobnost speciálního pedagoga není snadné jednoznačně vymezit. Nároky na tuto práci jsou velmi proměnlivé a nelze ani s jistotou tvrdit, že ty či ony vlastnosti pedagogické působení podmiňují či naopak vylučují. Při výčtu charakteristických vlastností speciálního pedagoga je nutné vycházet tedy z toho, co se od jeho práce očekává.

*** EMPATIE**

Speciální pedagog by měl být člověk, který je prosociálně orientován, který dokáže navazovat poměrně snadno sociální kontakty a který je citlivý k problémům druhého člověka. Takový pedagog by měl být spíše extrovert a rozhodně by měl být schopen empatie (vcítění). Empatie je vrozenou dispozicí, kterou lze rozvíjet. Pokud však má speciální pedagog primárně nízkou schopnost empatie, je pravděpodobné, že bude mít problémy s porozuměním žáků, rodičů a další zúčastněných osob na výchovně vzdělávacím procesu

*** PRUŽNOST A SCHOPNOST ADAPTACE**

Speciální pedagog by měl být schopen přizpůsobit se svým žákům a měl by reagovat na jejich specifické potřeby

*** STABILITA OSOBNOSTI**

Speciálně pedagogická činnost je značně náročná po emocionální stránce. Pedagog se setkává i s lidmi, kteří mají závažné problémy a měl by být proto schopen tyto nároky své práce zvládat, nenechat se strhnout soucitem až k neschopnosti racionálně reagovat. Z tohoto důvodu by takový pedagog měl být osobností stabilní a vyváženou, schopný udržet si dostatečný odstup a odolnost

*** OPTIMISTICKÉ LADĚNÍ**

Speciální pedagog by měl být v zásadě optimisticky laděn tak, aby byl schopen ovlivňovat své žáky. Perspektiva otevřené budoucnosti přináší naději, která posiluje jedince v současné tíživé situaci a pomáhá mu ji lépe zvládat

*** VYSOKÁ TOLERANCE K FRUSTRACI**

Ne každou situaci lze vyřešit optimálně a ani zpětná vazba nemusí být příliš směřodaná. S tolerancí k frustraci souvisí odolnost speciálního pedagoga, který by neměl ztrácet ochotu pomáhat druhým

*** CHARAKTER**

Vypělý charakter je nezbytnou složkou osobnosti speciálního pedagoga. Etickým normám se lze naučit, ale pouze vysoká morální úroveň jedince vede k tomu, aby je také skutečně dodržel.

Kompetence speciálního pedagoga

1. Kognitivní kompetence

- dostatečné znalosti a vědomosti ve speciální pedagogice, psychologii a dalších potřebných oborech
- znalost teorií osobnosti
- znalost vyučovacích metod
- schopnost jasně a srozumitelně formulovat sdělení
- ochota dále se vzdělávat

2. Dovednosti

- základní komunikační dovednosti
- základní sociální dovednosti
- vytváření a udržování mezilidských vztahů
- účinně projevovat přijetí dětí
- pozitivní ovlivňování dětí, bez manipulace
- objektivní hodnocení dětí
- poskytování podpory dítěti

2.3.4 Osobnost speciálního pedagoga při nemocnici

Pobyt v nemocnici pro každého člověka představuje náročnou životní situaci. V případech dětí je situace složitější. Děti v nemocnici nemají kontrolu nad tím, co se s nimi děje. Nemohou ovlivnit režim oddělení, způsob léčby, spolupacienty ani způsob přístupu ze strany zdravotního personálu. Nacházejí se pro ně v nové, stresující situaci a ve většině případech reagují pláčem, odmítáním, zlobou nebo apatií. Musí se vyrovnat nejenom

s nemocí a bolestí, ale i se ztrátou rodinného života, kamarádů a zábavy. A právě v tuto chvíli je učitelka speciální školy při nemocnici pro děti nepostradatelná. Jejím úkolem je dítěti usnadnit a zpříjemnit celou nastalou situaci, pomoci mu překonat smutek, strach, bolest a beznaděj. Učitelka v tomto zařízení musí umět dětem naslouchat, vcítit se a snažit se vidět svět dětskýma očima. Důležité je vycházet z momentálních potřeb dítěte a pomoci je uspokojit. Zkušená učitelka dokáže posoudit rozdílné potřeby jednotlivých dětí. Musí znát teorii vývoje dítěte od narození do dospělosti, mít základní znalosti o onemocněních, vyšetřovacích metodách a léčebných postupech, rozumět chování dítěte ve stresových nebo krizových situacích, dítěte odloučeného od rodiny a vytrženého z přirozeného a známého prostředí domova.

Učitelka speciální školy při nemocnici je jakousi „spojkou“ mezi dítětem a zdravotním personálem, ale i rodiči. V žádném případě však nenahrazuje matku! Nezbytná je právě podpora samotných rodičů při péči o nemocné dítě, pomoc v tomto pro malého pacienta těžkém období a překonání psychických následků nemoci a léčby.

Učitelka speciální školy při nemocnici pracuje s dětmi věkově rozdílnými, od narození až do rané dospělosti. V novorozeneckém, kojeneckém a batolecím období jde převážně o péči přes matku (jejím prostřednictvím). Dítě přesně dokáže kopírovat emoční ladění matky, její vnímání a prožívání situace, její úzkost a strach. Matka, která není v nezvyklé situaci vedená, je nedůvěřivá a emočně nestabilní, nemůže být dítěti oporou. Proto ani rodiče nelze nechat bez vedení a pomoci, ale naopak je nutné pečovat i o ně. Jsou to právě rodiče, kteří potřebují pomoc při orientaci v neznámém prostředí, v neznámých situacích.

Zpětná vazba jako zásadní problém

Práce učitelky při nemocnici je vskutku specifická, a tak se liší i v oblasti, která neodmyslitelně k pedagogickému působení patří. Jedná se jev, který bývá nazýván zpětnou vazbou. V běžné mateřské škole učitelka denně vidí, jak její vedení děti ovlivňuje, jak děti dosahují výsledků přiměřených svému úsilí a schopnostem. Jde o jev, který někam směřuje a má určitý více či méně dlouhodobý cíl. Je možné si působení naplánovat a plánem se řídit. Učitelka může sama zhodnotit, zda byla či nebyla úspěšná a ještě navíc má možnost v průběhu času své působení změnit, přehodnotit a popřípadě opravit. Vychází ze znalostí dětí tak, jak je pozoruje v průběhu mnoha měsíců, tak, jak má osobní znalost rodiny a celého sociálního zázemí dítěte.

Její práce jí přináší uspokojení, denně může vidět výsledky. Nic takového se však nedá očekávat na pracovišti jakým je speciální škola při nemocnici. Děti jsou převážně hospitalizovány jen velmi krátce, často jen dva nebo tři dny, a tak je nějaké efektivní záměrné plánování činností, které by mělo dlouhodobý záměr, bezpředmětné. Je třeba uvést některá odlišná specifika, která jsou charakteristická právě pro činnost učitelky speciální školy při nemocnici.

* Neustálá **dostupnost a připravenost pomáhat**. Zanechání momentální činnosti a spěchat na místo situačně potřebnější.

* Široký rozsah problematiky, každé dítě a nejen dítě má vlastní problém a předpokládá se **pochopení a poskytnutí okamžité efektivní pomoci**.

* **Přiměřenost reakcí** na děti i doprovodné osoby prožívající intenzivní emoce, rozrušení, strach, bolest, utrpení.

* Nutnost pracovat s velmi **omezenými informacemi**, často zkreslenými emocemi osob, které je prezentují. Je nutné počítat s konfabulacemi.

* Proměnlivost každého dne, nepředvídatelnost a velmi omezená možnost plánování průběhu činností, nutnost **pracovat pružně s rychlým a správným zhodnocením situace**.

* **Chybění pozitivní zpětné vazby z dlouhodobého hlediska**. Pozitivní zpětnou vazbou se tady jeví duševní stav dětí, se kterými se v daném konkrétním okamžiku pracuje. Pedagogické uspokojení se čerpá ze vstřícného ladění dětí, z jejich projevené radosti, smíchu a hry. Jde vlastně o jakési smysluplné zkrácení času při čekání na ukončení hospitalizace. Zda to, co je záměrně učeno bude nějakým způsobem v budoucnu zúročeno, zůstává otázkou jen otevřenou.

O náročnosti této profese svědčí i to, že se zařazuje mezi povolání, ve kterých vzniká **syndrom vyhoření**. Objevuje se zpravidla po předcházející chronické zátěži, kdy se množství každodenních nepříjemností stále opakuje a sumuje s dalšími zátěžemi. Vzhledem ke znalosti tohoto nebezpečí se provádí preventivní opatření a vždy je třeba najít něco, co přináší radost a útěchu v napjatých situacích.

Komunikace na pěti sociálních úrovních

V životě každého člověka je stále co zlepšovat. Je možné se utěšovat oním známým „Nikdo není dokonalý“, je však jasné, že je potřeba neustále se učit, uplatňovat nové poznatky a celkově se „zdokonalovat“. Potřebu stálého zdokonalení je nutné uplatňovat především v komunikativním přístupu se všemi lidmi, se kterými se přichází do styku.

Jednání se **zdravotníky** je nutné vést bezkonfliktně, a přitom chránit pohodu dítěte. Ne každá situace se dá lehce zvládnout a mnohdy se musí překonávat nepochopení ze strany zdravotnického personálu. Zdravotní péče je prioritní, ale na druhou stranu je třeba hlídat i psychický stav dítěte. Z Charty práv dětí v nemocnici (*příloha č.2*) víme, že s dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením, že musí být respektováno jejich soukromí, musí být naplněny jejich fyzické i emocionální potřeby, že mají mít příležitost ke hře, odpočinku i vzdělání a vše musí být přizpůsobeno jejich zdravotnímu stavu. Právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci je možné považovat za nejdůležitější. Tyto výše uvedené skutečnosti nejsou vždy plně chápány právě ze strany nižšího zdravotnického personálu a v zájmu jakéhosi „pořádku“ na oddělení jsou tato práva někdy dětem upírána. Proto se učitelka mnohdy stává prostředníkem mezi dětmi a sestrami a zmírňuje negativní dopady jejich jednání. Zkušenost ukazuje na zlepšení celého problému a zvláště příchozí absolventky středních zdravotních škol jsou nakloněny porozumění a spolupráce s nimi je výrazně lepší. Pravděpodobně je to způsobené i tím, že i ony přijaly učitelky na dětském oddělení jako kvalifikovanou autoritu, která problematice rozumí a je jim ochotna odborně poradit.

Dětská oddělení při nemocnicích bývají výukovým pracovištěm **žákyň středních zdravotnických škol**. Tyto žákyně vykonávají na odděleních odbornou praxi. Jejich přítomnost velmi často narušuje plánovanou organizovanou činnost, která přispívá k vytvoření pohody a jistoty i odpoutání pozornosti od nemoci. Spolupráce s těmito děvčaty i chlapci je velmi náročná, a to pro jejich osobnostní nezralost a zároveň pro sporné uznání autority, neboť učitelka speciální mateřské školy při nemocnici není jejich vedoucí učitelkou praxe. U většiny těchto žákyň je patrná nízká pedagogická způsobilost, nedokonalé organizační schopnosti, nesoustředěnost a často i neochota ke spolupráci. Je velmi náročné vést taktně někoho, kdo v podstatě nemá zájem o to, aby měl na zřeteli zájem dítěte a ne zájem svůj. Mnohé z žákyň se ani netají tím, že cílem jejich studia je ukončit středoškolské vzdělání maturitou a posléze se věnovat jiné činnosti. Cílevědomé dlouhodobé působení na tyto studentky a studenty je velmi problematické, avšak je třeba hledat stále nové přístupy,

aby byl hájen především zájem dětí, a přitom byla zachována citlivost právě vůči možným nastávajícím zdravotním sestrám.

I výsledky výchovně vzdělávací činnosti speciálního pedagoga jsou podmiňovány dobrou spoluprací **rodiny**. Při hospitalizaci dítěte se nachází celá rodina ve zvláštní situaci. Praxe ukazuje, že ne každý rodič se s takovou situací dokáže vyrovnat. Objevují se pocity viny, rozpaků, zklamání. Všechna dětská oddělení by správně měla mít speciálně vyškolené sestry a učitelky, které by znaly vývojové zvláštnosti a specifika hospitalizovaného dítěte a zároveň byly osobnostně schopné zvládat chování přítomných doprovodných osob tak, aby nedocházelo ke vzájemným střetům. Nutno říci, že jsou takové situace někdy velmi náročné. Taktní, objektivní a trpělivý postup vytváří ovzduší spolupráce a vzájemné důvěry. Vytvoření takového vztahu vyžaduje konkrétní poznání rodinného prostředí, soustavný a cílevědomý styk s rodiči a stejně tak i zainteresování rodičů v plnění výchovně vzdělávacího cíle. Objevují se i případy, kdy rodiče o výchovu a vzdělávání při hospitalizaci dítěte zájem nejeví, dokonce ji odmítají. Na druhé straně existuje řada rodičů, kteří pomoc učitelek vyhledávají, v některých případech se dá hovořit i o pokusu o zneužívání. Přestože poslední roky signalizují velký pokrok v komunikaci s rodiči, je zjevné, že celkový přístup je možné ještě zkvalitnit. Rezervy je možné spatřovat ve stále se objevujícím používáním metod „strašení“ dětí nemocnicí, zákroky, personálem. „Když nebudeš jíst, přijde sestřička a píchne ti injekci!“, „Jestli nebudeš spát, odejdu pryč a nechám tě paní učitelce!“ Takovýto postoj je skutečně odsouzeníhodný, protože vytváří v dětské mysli předpojatost k prostředí a situacím, které jsou skutečně samy o sobě stresové a vždy nesou alespoň nejistotu, nervozitu a napětí. Toto chování ze strany rodičů se dá chápat jako citové nebo psychické týrání či vydírání. Je však s podivem, že celá řada rodičů to tak nechápe. Z toho je zřejmé, že podobné chování je doma standardní a vžitá a jen těžko se prosazuje nějaká změna. Pokusy o přesvědčení rodičů, že takový postoj není pro dítě přínosný, jen v malém procentu dopadají na úrodnou půdu. Podepisuje se tady „neomylnost“ výchovné zásady. Doprovázející osoby se dají obecně rozdělit na dvě skupiny:

*** komunikující a vstřícné**

*** nekomunikující a odtažité**

S rodiči, kteří patří do první kategorie, problém nebývá. V těchto případech se objevují zřetelné úspěchy i v oblasti poradenství. Ale i tady se používají jiné formy zásahu než přímé použití rady, protože rozhodnutí musí být vždy na straně rodičů. Rodiče, patřící do

druhé skupiny si často i bezdůvodně stěžují, nic se jim nelíbí a zaujímají už preventivně obecně negativní postoj. Umění komunikační empatie, vlídný a přátelský přístup může napomoci k tomu, že takový rodič nakonec „roztaje“ a objeví se spolupráce alespoň taková, která je ku prospěchu dítěte. Vhodně vypracovaný metodický postup s osvědčenými zásadami může do jisté míry zajistit když ne pozitivní, tak alespoň neutrální postoj rodičů hospitalizovaných dětí. Učitelka mateřské školy při nemocnici otupuje ostří střetů. Tato úroveň komunikace je velmi náročná a případ od případu zcela individuální. Každá situace je „nová“ a musí se pružně řešit, často pod časovým tlakem a za nejednoznačných nebo naprosto nedostačujících informací.

Další interpersonální rovinou, kterou není možné opominout, je schéma **učitelka X učitelka**. Na malých dětských odděleních je kolektiv pedagogických pracovníků tvořen často jen několika učitelkami. Potřeba vytvoření harmonicky se doplňujícího vztahu je zcela nesporná. V centru zájmu je orientace činností vedoucí ku prospěchu všech hospitalizovaných dětí i jejich rodičů. Vysoká úroveň spolupráce učitelek se odráží v soužití s dětmi, v procit'ování jejich starostí i radostí a samozřejmě v pomoci při potížích. Vztah mezi kolegyněmi nelze podceňovat. Jinak by mohlo dojít k jakési formě sociálně personální izolace, a to rozhodně nepřispívá k pracovnímu úspěchu ani uspokojování z práce. Dobrá spolupráce se nemůže obejít bez dobrých vztahů na pracovišti. Neméně důležitá je i forma vzájemné pomoci mezi učitelkami, a to nejen profesními poradami. Přátelské ovzduší velmi přispívá k vytvoření tak potřebné pozitivní atmosféry. V pracovním kolektivu by mělo převládat klidné jednání, vzájemné porozumění, upřímnost a ochota ke spolupráci. Žádoucím zvykem by mělo být provádění alespoň jednou týdně krátkých pedagogických rad, které by se měly spojit s aktivitou, která je blízká supervizi. Tím se do jisté míry dá hovořit o probíhající psychohygieně. Dalším faktorem, který nelze opomenout, je povinnost o mlčenlivosti a utajení osobních dat, ale předávání informací v rámci kolektivu je nesporně nutné, aby výchovná práce měla pozitivní dopad.

Nejdůležitější cíl práce učitelky na dětském oddělení je její působení na děti. Tady se jedná o komunikační rovinu **dítě X učitelka**. Spadá sem, mimo jiné, i aktivní pomoc při zvládání celého adaptivního procesu. Pojmem adaptivní proces se označuje vyrovnaní rovnováhy jedince a prostředí. Tento proces může být v rovině fyziologické, psychologické i sociální. Může jít o rovnováhu mezi vnějším prostředím, ale i rovnováhu vnitřní. Často spolu obě složky úzce souvisí a jsou na sebe navzájem vázány. Vázanost na uspokojování základních potřeb je zřejmá, i když se nedá hovořit o nějaké zákonitosti. Zranitelnost jedinců je velmi individuální. Navíc se u dětí předškolního věku dá jen velmi omezeně počítat

s dostatečným rozumovým zpracováním předchozích zkušeností a jejich dětská „srdíčka“ jsou daleko zranitelnější, než tomu bývá u většiny dospělých.

Úspěšnost adaptace dítěte závisí na několika faktorech:

- * **způsobu a velikosti zátěže**
- * **zvláštnostech konkrétního jedince**
- * **míře pomoci, které se dítěti dostane**

V nemocnici bývá uvolňování vázanosti na rodinu potlačeno vlivem prostředí a náročností nastalé situace. I rozvoj aktivity je zde méně patrný, opět v důsledku nemoci. Navzdory tomu je možné pozorovat prosazování a uplatňování ve vrstevnické skupině, i když specificky. Dítě se s rolí pacienta teprve seznamuje a z toho vyplývají i odchylky od již osvojených běžných norem chování a i v komunikaci se objevují ne tak obvyklé rysy. Na dětech předškolního věku nelze požadovat respektování zákonů logiky. Myšlení bývá málo flexibilní a nepřesné v důsledku již zmiňovaného egocentrismu či fenomenismu a absolutismu. Specifický vztah, který je utvářen ke každému z hospitalizovaných dětí, je poznamenán vysokou mírou odpovědnosti za optimální všestranný rozvoj osobnosti každého z nich. Značné nároky v podmínkách mateřských škol při nemocnicích přímo předurčují kvalitu vztahu učitelky a dětí. Bez výchovně účinného vztahu speciálního pedagoga k handicapovaným dětem se nemůže plně rozvinout ani speciálně výchovně vzdělávací práce. Na tuto skutečnost poukázal **V.Gaňo**, jak uvádí Vališová (1979, s. 51), když po své více než padesátileté praxi konstatoval:

„Poznal som vychovávateľov s plnou kvalifikáciou, ale bez lásky k deťom a povolaniu. Poznal som aj vychovávateľov bez kvalifikácie, ale s nekonečnou láskou k defektným deťom. Zodpovedne vyhlasujem, že lepšie výsledky boli tam, kde bola trpezlivá láska. Pravda, tým by som nechcel podceňovať potrebu a význam odborných vedomostí... láskyplná, ale nekvalifikovaná vychovávateľka by dosahovala nepomerne väčšie úspechy, keby mala potrebnú kvalifikáciu.“

2.4 Role učitelky mateřské školy běžného typu a role učitelky mateřské školy při nemocnici

Tato kapitola neaspiruje na komplexní prezentaci všech skutečností, týkajících se problematiky dětí v předškolních zařízeních. Cílem je poukázat na to, že ačkoliv označení „učitelka mateřské školy“ ve smyslu učitelky mateřské školy běžného typu a učitelky mateřské školy při nemocnici, je shodné, je možnost chápání jejich role značně odlišné.

Daná problematika je v odborné literatuře z tohoto hlediska málo rozpracovaná, a dokonce ani učitelky běžných mateřských škol si nedovedou představit specifika, která tato práce učitelce mateřské školy při nemocnici přináší. Tato skutečnost nemůže být udivující, neboť střední pedagogické školy, přestože mají v osnovách výuku speciální pedagogiky, vesměs opomíjejí seznámení se zcela specifickým zaměřením působení učitelek mateřských škol v nemocničních zařízeních. *Z praxe vím, že absolventka SPgŠ, která nastoupila po maturitě do mateřské školy při nemocnici, byla zjevně překvapena odlišností celkového charakteru práce. Své dosavadní teoretické i praktické zkušenosti musela značně přizpůsobit nejen pracovní době (povoz mateřské školy při nemocnici je od 7,00h. – 18,00h.), ale i režimu, který podléhá zdravotnickým požadavkům, zároveň nejednotné věkové skupině dětí včetně její časté proměnlivosti a celé řadě dalších odlišností.*

V čem je tedy možné spatřovat rozdíly v rolích obou učitelek?

Historie mateřské školy při nemocnici je relativně krátká. Pro děti základních škol výuka dětí hospitalizovaných v nemocnici fungovala již desetiletí, děti předškolní však byly odkázány samy sobě. Vytvářely se tak nežádoucí koalice s dětmi věkově nepřiměřeně staršími, s pomocným nekvalifikovaným personálem a často docházelo k psychickým deprivacím, tak jak jsou známy z popisu Z. Matějčka a J. Langmeiera. Tak vlastně vznikla myšlenka zřízení podoby mateřské školy přímo na dětská oddělení nemocnic. Tím byla dětem dána možnost kvalifikovaného ovlivňování a působení v pravdě mateřské osoby. Z počátku se vycházelo z požadavků právě platných programů pro výchovnou práci běžných mateřských škol. Čas ukázal, že přizpůsobení dětským pacientům je nezbytně nutné. Začalo se vytvářet téměř nové odvětví ve výchově předškolních dětí a tím bylo ukončeno období, kdy hospitalizované předškolní děti neměly do jisté míry možnost řízené činnosti a zábavy, útěchy a nadějí.

Odlišnost rolí obou učitelek je možné v první řadě spatřovat v jejich cílovém působení. Cílem práce učitelky mateřské školy běžného typu je komplexní působení a prostoupení své osobnosti osobností dítěte. S jejím životním postojem se mají děti možnost ztotožňovat a její kvalitu je možno úročit dlouhodobým působením. V takto prezentovaném cíli je možné spatřovat jeden z největších rozdílů.

Učitelka běžné mateřské školy se přímo podílí na výchově a je jako vychovatelka respektována. Má možnost utvářet (samozřejmě do jisté míry) osobnost dítěte, může ho formovat podle vlastních představ. Vidí, jak dítě roste, jak se chová, zaznamenává změny, které se objevují. Může záměrně kombinovat nejen činnosti, ale i ostatní děti tak, aby od sebe přejímaly to pěkné a žádoucí. Využívají se vzniklé situace k hodnocení řešení situací, těží se z minulých zkušeností, je možné předpokládat reakci dětí. Je stále na co navazovat, někam směřovat, něco si ověřovat a z něčeho se radovat. Ale je možné také opravovat a poučovat se z omylů. Učitelka může plánovat a o předpoklady se reálně opírat. Může, v rámci znalosti rodiny, přizpůsobit velmi citlivě svůj přístup a zhodnotit tak efektivnost svého působení. Je osobou, která tráví s dítětem mnoho času, přirůstá jí k srdci a je odměněna jeho náklonností.

Učitelka školy při nemocnici žádnou takovou možnost nemá. Těší se sice pedagogickému respektu, přesto je značně omezována ve svém působení zdravotnickým personálem a jejich činnostmi. Každá aktivita musí být podřízena situaci, kde má přednost zdravotní stav dítěte. Tuto aktivitu nikdo nezpochybňuje. Problémem se však jeví mnohdy z pedagogického pohledu chaotická organizace léčebných zákroků. Program učitelek je neustále přerušován nebo omezován nejen zdravotníky, ale i dalšími požadavky ostatních pacientů. Mnohdy vzniká dojem, že učitelka je „pomocnice“ zdravotních sester a že jim podléhá. Tento názor poškozuje autoritu učitelek především v očích doprovodných osob, které pak následně své chování přizpůsobují této atmosféře. Úhel pohledu se mění velmi rychle, až na výjimky všichni přijmou a pochopí odlišnost přístupu nejen k dětem, ale i k nim samotným. Pouze opakované hospitalizace zaručují kvalitní přístup a poskytnutí oboustranné spolupráce, která je stoprocentně ku pomoci dítěte. Je zřejmé, že jakékoli personální nepochopení se nesmí odrážet na práci s dětmi či jejich doprovodem, avšak zdá se, že tento názor pochopily pouze učitelky. Je možné se domnívat, že k respektování práce ostatních zúčastněných není zdravotnický personál příliš veden a atmosféra na oddělení je často poznamenána nezralou náladovostí některých pracovníků. Není se čemu divit. Vždyť ošetrovatelská péče nezahrnuje tolik potřebnou morálně osobnostní dimenzi. Naproti tomu se učitelství bez pedagogických ctností nemůže obejít. Jen pro úplnost je možné uvést, že se jedná o pedagogickou lásku, pedagogickou moudrost, pedagogickou odvahu a pedagogickou

důvěryhodnost. Odmyslíme-li si slovo pedagogický, získáváme lásku, moudrost, odvahu a důvěryhodnost. V praxi se zdá, že je opravdu troufalé aplikaci těchto ctností požadovat i od nepedagogických pracovníků. Zjevný optimismus učitelek a radost z každého dne nebývá přijímán vždy s pochopením a nezřídka je na učitelky, které si zpívají a přirozeně navozují příjemnou atmosféru, zahlíženo s nepochopením. Odpověď na tento postoj bychom mohli nalézt v termínu syndrom vyhoření. Ukazatele tohoto syndromu jsou charakteristické tím, že nedochází k „nákaze“ pozitivního ladění, které se odráží v každé situaci. Za bezchybně odvedenou práci se může tak schovat necitlivý postoj k psychickému stavu zúčastněných. V poslední době se často objevuje také negativní postoj zdravotnického personálu vůči pedagogickému ve smyslu rozdílu délky pracovní doby a množstvím pracovního volna, zejména prázdnin. Argumentace uplatnění nařízení nového metodického pokynu MŠMT se mívá účinkem. A právě v době nepřítomnosti učitelek na oddělení vzniká dojem, že zdravotní sestry pracují za učitelky. Provedený průzkum ukazuje obdobnou problematiku všech dotazovaných mateřských škol při nemocnici. Udivujícím faktem zůstává neporovnání provozní doby běžných předškolních zařízení se zařízením při nemocnici (provoz do 18.00 hod.). Výše uvedená problematika ovlivněná zdravotnickým personálem není jediným odlišným činitelem v práci učitelky mateřské školy při nemocnici.

Za další rozdílnou rovinu můžeme považovat spolupráci s rodiči a rodiče jako takové. Ještě před výběrem vhodné mateřské školy pro své dítě mají rodiče možnost seznámit se školním prostředím, koncepcí, učitelkami a mnoha dalšími informacemi, které jsou nezbytné před zahájením docházky. Velice oblíbené jsou i akce pořádané právě pro budoucí žáčky, které jsou příležitostí pro získání zkušeností s mateřskou školou. Jsou rodiče, kterým na výběru zařízení nezáleží, většinou zvolí mateřskou školu co nejblíže bydlišti. Jiní rodiče se zajímají o výchovně vzdělávací programy mateřských škol, uplatňují předchozí zkušenosti s daným zařízením, dají na radu známých nebo se osobně znají s učitelkami. To vše může mít zásadní vliv na volbu předškolního zařízení, kde dítě prožije jedno ze svých nejdůležitějších vývojových období. Samotná adaptace dítěte na nové prostředí se odráží i na chování a spolupráci rodičů. Učitelka je odborně kvalifikovaná průvodkyně dítěte a jeho rodičů nejen při příchodu do mateřské školy, ale po celou dobu docházky. Vzájemná důvěra a spolupráce dospělých je základním předpokladem. Zpočátku mívají rodiče k učitelce „smíšené pocity“, mohou v ní vidět konkurentku, učitelka také může získat u dítěte velký respekt a jeho přízeň. Důvěryplný vztah k učitelce a dialog je důležitým zdrojem informací potřebných k tomu, aby se prostřednictvím pedagogického jednání dostávalo dětem a rodičům podpory a aby fungovala produktivní spolupráce rodičů. Učitelka může ze znalosti filosofie rodiny vycházet

a respektovat ji. Domluva se jeví jako dlouhodobá a přínosná, ovlivňující pozitivně dětské vnímání světa. Každá učitelka ví, že cílem není přetvářet rodinu, ale spolupracovat s ní a být jí z odborného hlediska nápomocná, zvláště pokud je jako odbornice na dětskou výchovu respektovaná. Někdy je cesta k vzájemnému porozumění trnitá, ale pokud je dobrá vůle na obou stranách, bývá výsledku dříve či později dosaženo: jednotného, smysluplného, chápajícího, rozvíjejícího a radostného působení na dítě.

V mateřské škole při nemocnici je situace zcela jiná. Rodiče samozřejmě spatřují největší problém ve zdravotním stavu svého dítěte a mateřská škola je jen jakýsi nadstandard, kterého mohou a nemusí využít. Celý postoj rodičů je zákonitě jiný. Na jedné straně je nesen velkou nedůvěrou v neznámou osobu, prostředí, v odlišné působení, v netradiční náplň. Také vyšší míra respektu zvláštností ze strany učitelek mnohdy rodiče udivuje a mohou posuzovat učitelku jako méně autoritativní, ovšem většinou pouze do doby, než si uvědomí, že „ústupky“ jsou spíše odrazem laskavosti a empatie, než druhem slabosti. „Lámat“ nemocné a oslabené dítě není cílem. Učitelka, pokud se nejedná o opakovanou hospitalizaci, nemůže vycházet ze znalosti rodinné kultury a proto, aby nezasahovala násilným vstupem do působení rodiny, jedná opatrněji a obecněji, než učitelka kmenové mateřské školy. Jindy je rodiči učitelka naopak přijímána s velkým očekáváním, že „zkrotí“ jejich nezbedné dítě, že nějakým zásahem způsobí, že dítě přestane zlobit a že se tím vyřeší veškeré problémy, které se v životě dítěte objevují. Dožadují se pedagogické diagnostiky a následně poradního návodu. Něčeho takového ovšem není učitelka schopna bez alespoň rámcových znalostí situací jak v rodině, tak v předškolním zařízení. Rodiče pak bývají zklamáni nedostavujícím se očekávaným zázrakem. Nejčastěji se samozřejmě učitelka při nemocnici setkává s rodiči, kteří si jsou vědomi, že dítě je v MŠ umístěno na přechodnou dobu, a že má jedinečnou příležitost získat nové, hezké a odlišné zkušenosti. Takoví rodiče poskytují ve vstupním dotazníku informace nezkreslené, pravdivé a přínosné, díky čemuž je i spolupráce radostná a naplňující. Přesto je zřejmé, že většinou nedosahuje tak kvalitní úrovně, jako je tomu v mateřské škole běžného typu, neboť se jedná mnohdy o jednorázový a časově omezený kontakt rodičů a učitelek při nemocnici, bez budoucnostního výhledu a rozvíjející spolupráce. Také ve většině případů chybí možnost ověření si předkládaných rodinných údajů a s nesrovnalostmi, které učitelka postřehne, nelze příliš pracovat. Proto je nutné ve velmi vysoké míře využít schopností tolerance a ujasnit si cíl, který bude učitelka sledovat: poskytnout dětem i rodičům očekávanou podporu pro zvládnutí zátěžově vnímané situace.

V porovnání organizace mateřské školy při nemocnici a organizace mateřské školy běžného typu je zjevně celá řada velmi zásadních rozdílů. Celý den dítěte je ovlivňován jeho

zdravotním stavem, zdravotními úkony a výkony, které kdykoliv vstupují do provádění činnosti a mají VŽDY přednost před činností zábavnou. Režim dne je poplatný režimu oddělení a prostor pro vlastní vyžití je značně omezen. Soukromí k samostatné hře není možné zajistit z mnoha vskutku reálných důvodů. Dítě je nuceno přijmout a respektovat nabízené možnosti. Je nuceno přijmout a respektovat ostatní dětské pacienty. Také nabízené aktivity jsou omezeny. Jen velmi výjimečně se dětem dostává potěšení z pobytu venku, k němuž se přikračuje pouze u dětí s diagnózou diabetes mellitus, kdy je tělesná zátěž nutná ke zvládnutí kompenzace. Učitelky pak musí přeorganizovat pevně stanovenou pracovní dobu, aby došlo k pokrytí služby. Další odlišností, se kterou se musí počítat, je odlišnost plánování. Situace na dětském oddělení se mění nejen ze dne na den, ale i z hodiny na hodinu. Proto se provádí plánování víceméně rámcově, postupuje se pružně a s ohledem na vzniklou skutečnost. Jsou vypracovány roční a měsíční plány s respektováním Rámcového programu, ale přesně tak, jak tento program žádá, je celý plán uzpůsoben skutečným podmínkám mateřské školy při nemocnici. Za zmínku stojí, že o společné zážitky s dětmi ze školních výletů jsou obě strany ochuzeny. Prožitků v přírodě se učitelky s dětmi nedočkají.

V předchozím textu byla již zmiňována absence zpětné vazby, která je tolik potřebná k uspokojování z práce. Porovnáme-li možnosti, které má učitelka mateřské školy běžného typu s možnostmi učitelky mateřské školy při nemocnici, dostaneme se k žalostným závěrům. Zatímco v tradiční školce se učitelkám děti rozvíjejí před očima, denně se radují z dosahovaných pokroků, mohou působení opravovat a usměrňovat, navazovat na předchozí situace, předvídat chování a všestranný postup, zkvalitňovat se a hrát se na výsluní úspěchu, téměř ničím takovým není učitelka mateřské školy při nemocnici odměněna. Musí se spokojit s dílčím uspokojením, které se převážně vztahuje ke zmírnění a zvládnutí adaptačních problémů hospitalizovaných dětí. Někdy se stává, že i veliké úsilí vyplyne naprázdno, ba vyslouží si vpravdě nepochopitelnou kritiku učitelčina působení. Uspokojivé odměny z dosažených výsledků nelze očekávat vzhledem k povaze zařízení. Celý charakter práce má jinou dimenzi a ta se promítá i do zpětné vazby.

Nežádka se objevuje odlišné vnímání porovnávaných typů mateřských škol prioritně z hlediska umístění a funkčnosti. Hospitalizace je stále, i přes osvětové programy, vnímána jako nutné zlo. Rodiče dítě přivádějí s obavami o jeho zdravotní stav, a strach, který nedokáží skrýt, zjevně narušuje adaptační schopnosti dítěte. Mateřská škola, umístěná přímo na oddělení, je pak chápána jako náhražkové zařízení, od kterého se očekává minimální kvalita, nebo naopak je jí přikládán význam opačného extrému. S časem, který je nutný k navázání a rozvinutí emocionálního vztahu mezi učitelkou a dítětem, není možné, vzhledem k trendu

krátkodobých hospitalizací, počítat. A tak funkce mateřské školy při nemocnici spočívá především opět v krátkodobém zásahu a ovlivnění důsledků vnímání hospitalizace, jako takové. Za úspěch je považováno hodnocení pobytu jako příjemného obohacujícího zážitku bez následných traumatů. Je velmi uspokojující, vracejí-li se děti s určitým druhem těšení se na učitelku a jí vedené aktivity, v důsledku čehož přijímají opakovanou hospitalizaci vyrovnaně, bez adaptačních problémů.

Další odlišností zařízení při nemocnici, o které se nelze nezmínit, je věková nesourodost dětí. I když hovoříme o mateřské škole, je běžné, že jsou přijímány i děti, které věkově do této kategorie nespádají. Jedná se o starší batolata a děti mladšího školního věku. Toto věkové smíšení je dáno automaticky, neboť oddělení není velké a kapacita školy je předškolními dětmi naplněna jen zřídka. Také z lidského hlediska je obtížné malé pacienty, kteří by do školy nepatřily, vyloučit z her a zábavy. Náročnost na schopnost učitelky se tím ovšem samozřejmě zvyšuje. Vést a organizovat hru s dětmi v takovém věkovém rozpětí vyžaduje značnou zkušenost a nemalou schopnost organizační. Na rozdíl od předchozích porovnání je tato oblast spíše vnímána jako obohacující a přínosná. Radost ze spolupráce starších a malých dětí je specifická právě pro popisované pracoviště a takového potěšení se učitelka tradiční mateřské školy dočká jen zřídka.

Závěrem lze říci, že zmiňovaná oblast je velmi rozsáhlá a celá kapitola neaspiruje na pokrytí všech odlišností běžného a specifického zařízení mateřské školy. Každá škola má svoje kvality a svoje výhody a zároveň nevýhody. Nelze říci, že někde se pracuje snáze a jinde hůře. Jen se pracuje jinak. Jsou jiné uspokojující mechanismy, upřednostňující priority, jiná pedagogická filosofie. Avšak obecný společný záměr je stejný: spokojené dítě.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je dokázat rozdílnost působení, odlišný přístup a specifčnost role učitelky mateřské školy při nemocnici a učitelky mateřské školy běžného typu k dítěti předškolního věku.

3.2 Popis zkoumaného vzorku

Za zkoumaný vzorek v této bakalářské práci je považována skupina reprezentativního charakteru. Jde o výběrový náhodný vzorek samostatně hospitalizovaných dětí a jejich rodičů. Tento průzkum byl prováděn v období tří po sobě jdoucích měsíců na dětském oddělení městské nemocnice. Do zkoumaného vzorku bylo zařazeno celkem 34 samostatně hospitalizovaných dětí, z toho 21 chlapců a 13 dívek. Jako souběžně zkoumaný vzorek byli zařazeni rodiče těchto dětí. Velikost zkoumaného vzorku byla ovlivněna skutečností, že počet samostatně přijímaných dětí předškolního věku je v současné době relativně nízký. Rodiče ve vysokém procentu využívají nabízené bezplatné možnosti společné hospitalizace s dítětem. Příčina samostatné hospitalizace pak tedy může mít několik důvodů. Nepříznivá sociální situace, která neumožňuje rodičům opustit zbývající část rodiny, zvláště pak další malé děti v rodině; rodičovské pracovní přetížení a povinnosti související se zaměstnáním; rodiče vyčerpané náročnou péčí o postižené dítě nebo o dítě obtížně zvladatelné; a jiné další neznámé důvody.

Podíl spolupráce při provádění průzkumu byl u dětského vzorku téměř úplný, zatímco ze strany rodičů byla ochota spolupráce v jednom případě ovlivněna nepříznivými vlivy.

Průzkum probíhal v období podzimních měsíců, kdy velmi výrazně kolísá počet přijatých dětí k hospitalizaci, mnohdy v závislosti na počasí.

3.2.1 Samostatně hospitalizované děti předškolního věku

Samostatně hospitalizované děti musí zvládat zátěžovou situaci bez podpory citově blízké osoby. Adaptační proces se u nich proto může rozvinout v plné míře, včetně negativních dopadů. Podpory se těmto dětem dostává pouze ze strany pedagogického a zdravotnického personálu. Často se stává, že zdravotní sestra je vnímána jako „nositelka bolesti a nepříjemností“, zatímco učitelka nabízí blízkost a podporu. Samostatně hospitalizované dítě je nuceno řešit celou řadu problémů, které vyplývají ze změny denního režimu, z orientace v neznámém prostředí, z komunikace s neznámými lidmi, z nejasného očekávání budoucnosti. Dítě je pak samozřejmě nejisté, bojácné a plné obav. To vše se odráží v jeho chování a reakce pak může být agresivní nebo úniková. Pomoci se těmto dětem může dostat pouze za předpokladu kvalitní a empatické péče především ze strany pedagogických pracovníků. K tomuto záměru směřoval i cíl popisovaného průzkumu.

3.2.2 Rodiče samostatně hospitalizovaných dětí předškolního věku

Od rodičů samostatně hospitalizovaných dětí předškolního věku byly získávány informace potřebné k objasnění rodinných situací a zaměření vztahu dítěte ke kolektivu, připravenosti na hospitalizaci a zejména zjištění úrovně vývojového stupně a sociální zralosti, zálib a zájmů. Mimo základní informace rodiče poskytovaly údaje nezbytné k pochopení některých zvláštností a rituálů. S aktivním přístupem rodičů je dosahováno kvalitnějšího a rychlejšího sblížení dítěte s prostředím a následky hospitalizace jsou téměř minimalizovány.

Ve většině případů rodiče pochopili důležitost poskytovaných informací. Nepřiměřený strach z poskytnutí příliš osobních dat vedl v jednom případě k odmítnutí vyplnění dotazníku.

3.3 Použité metody

Průzkum byl prováděn diagnostickou explorativní metodou dotazníku a rozhovoru.

Metoda dotazníku

Vágnerová (2000, s. 28) popisuje dotazník jako metodu podobnou rozhovoru. Otázky jsou v tomto případě vytištěny na formuláři a pokusné osoby odpovídají písemnou formou. Dotazníková metoda je časově výhodná, protože může být prezentována hromadně. Naopak za její nevýhodu lze považovat určité omezení odpovědí pokusných osob, dané zněním otázek nebo systémem volby jedné z předtištěných odpovědí.

Spousta (1990, s. 40) uvádí, že metody dotazníku používáme ke zjišťování údajů, u nichž nepředpokládáme možnost většího zkreslení. Dotazník je v podstatě forma řízeného rozhovoru. V diagnostické činnosti jím většinou pouze doplňujeme údaje získané jinými, průkaznějšími metodami. Analogicky je možno předložit svěřenci k vlastnímu sebehodnotícímu posouzení obdobnou škálu postihující jeho pocity, zájmy a postoje ve vztahu ke svému okolí.

Švingalová (1998, s. 55) označuje dotazník za metodu sloužící k hromadnému zjišťování jevů, např. osobnostních vlastností – temperamentových nebo charakterových, postojů, názorů, zájmů apod.

Metoda rozhovoru

Vágnerová (2000, s. 28) píše, že rozhovor je metoda, která zjišťuje subjektivní pocity, prožitky, znalosti, názory a zkušenosti vybraných lidí. Získané informace jsou subjektivně zatíženy, neboť každý člověk nemusí otázky chápat stejným způsobem a rovněž nemusí být ochoten odpovídat.

Spousta (1990, s. 37) považuje rozhovor za diagnostickou metodu, jejíž prostřednictvím získáváme nejen nové poznatky, ale umožňuje nám i uplatnění zpětnovazebního systému. Při rozhovoru můžeme tedy osoby ovlivňovat, korigovat jejich názory a vést.

Podle Švingalové (1998, s. 52) se metodou rozhovoru zjišťují názory, postoje, zájmy, ale i přání, obavy, konflikty a problémy osobnosti. Kladem je bezprostřední styk tazatele a tázaného. Hodnota rozhovoru závisí na dovednostech tazatele a na jeho zkušenostech.

3.3.1 Nestandardizovaný dotazník

Cílem výzkumu dotazníku bylo zjistit nezbytné informace ke zkvalitnění vlastního přístupu k hospitalizovaným dětem a prohloubení pedagogické dovednosti.

Metoda tohoto dotazníku byla použita ke zjištění údajů, u nichž nebyla předpokládána větší možnost zkreslení. Dotazník obecně je v podstatě zvláštní forma řízeného rozhovoru. Obvykle se jím většinou pouze doplňují údaje získané jinými průkaznějšími metodami, ale v tomto konkrétním případě byly získávány údaje základní. Proto byly při tvorbě dotazníku otázky velice pečlivě promyšleny a připraveny. Pro zjednodušení byly převážně používány otázky uzavřeného typu, v menší míře byla zvolena možnost otevřeného dotazu. Pro vyplnění dotazníku byl rodičům poskytnut dostatečný prostor, s větší objektivitou bylo možné počítat v případech, kdy se na vyplnění podíleli oba rodiče. Určitá míra subjektivity se nedá nikdy vyloučit.

Tvorbě dotazníku předcházela jakási sumarizace otázek, které byly běžně rodičům kladeny a bez nichž se učitelka mateřské při nemocnici nemůže dost dobře obejít. Jedná se o úvodní část dotazníku, to jsou první čtyři otázky, ve kterých se zjišťuje oslovení dítěte a vztah rodiny k hospitalizaci. Ve střední části byly otázky směřovány k získání informací o kmenové mateřské škole, vztahu dítěte k učitelce kmenové mateřské školy, jeho vztahu ke kolektivu. Další část je zaměřena na údaje o sebeobsluze, stravování a zvycích, o počtu dětí v rodině, postavení hospitalizovaného dítěte v rodině a úplnosti rodiny. Závěrečná část dotazníku se zabývá spíše emocionálními otázkami, kdy se zjišťuje vývojová úroveň dítěte v této oblasti.

Problematickou se zdála tvorba formulace jednotlivých otázek tak, aby byly pochopeny všemi rodiči bez ohledu na jejich sociální úroveň. Nad některými otázkami bylo nutné se pozastavit, prokonzultovat je a ujistit se, že odpovídají sledovanému cíli.

Počet otázek v dotazníku byl při příjmu dítěte k hospitalizaci přizpůsoben rodičům tak, aby je časově neomezoval. Optimální se jevílo 21 otázek. Celkem byl dotazník předložen 34 rodičům.

Dotazníky byly rodičům předkládány převážně při příjmu dítěte, kdy učitelka promlouvala s dítětem, a tak měli rodiče možnost dotazník vyplnit. Tím byla zajištěna stoprocentní návratnost. Přítomná učitelka mohla být nejistým rodičům nápomocná. Řada rodičů má obavy z hospitalizace svého dítěte a nejistota by mohla ovlivnit průběh vyplňování dotazníku. Vlídny přístup k dítěti zajišťoval důvěru a ochotu při vyplňování požadovaných údajů. Jen v jednom případě rodič odmítl dotazník vyplnit s tím, že takové údaje poskytovat nebude.

3.3.1.1 Předvýzkum a jeho výsledky

Vzhledem k tomu, že průzkumová dotazníková metoda se jeví obtížnou, bylo dobré provést nejprve předvýzkum. Na malém vzorku respondentů bylo získáno ujištění o vhodnosti aplikace dotazníkové metody a rychlou zpětnou vazbou zjištěny nedostatky a přednosti. Vyskytnuté nedostatky bylo možné potom ve vlastním průzkumu odstranit, a tím předejít mnoha nepříjemnostem.

Vlastní předvýzkum ukázal, že optimální počet otázek je právě kolem dvaceti, původně zamýšlený počet 30 otázek se jevil časově příliš náročný a sváděl k povrchnímu vyplňování. Také některé formulace byly chápány sporně a rodiče se dotazy ujišťovali o správnosti svého vyplnění. Byla-li otázka kladena tak, že rodič váhal a musel se zamýšlet, bylo třeba ji zjednodušit. V době prováděného předvýzkumu se také podařilo nalézt optimální dobu k žádosti o vyplnění dotazníku, a tak bylo dosaženo maximální ochoty ze strany rodičů. Také přítomnost učitelky při vyplňování dotazníku ukázala svoje opodstatnění. V době vyplňování se učitelka věnovala jejich dítěti a poskytla jim tak možnost nerušeného vyplňování, i když se na ni mohli kdykoli s dotazem obrátit.

3.3.2 Rozhovor

Cílovým vzorkem použité metody rozhovoru byly výhradně samostatně hospitalizované předškolní děti. Rozhovor byl částečně řízený a byla zvolena jeho individuální forma, otázky byly přímé i nepřímé, s možností volné výpovědi tázaných dětí. Byly použity nedirektivní techniky, především byl učiněn pokus o navození atmosféry, důvěry a pochopení, dotazované děti byly podněcovány k otevřenému vyjadřování. Rozhovor byl veden s opravdovým zájmem, nebyly udíleny žádné rady a ani odpovědi nebyly hodnoceny. Záznam rozhovoru byl prováděn bezprostředně po jeho ukončení.

Rozhovor byl veden se 34 samostatně hospitalizovanými dětmi předškolního věku a jednotlivé otázky byly k dané situaci přiměřeně doplněny ještě řadou podotázek. I z tohoto důvodu je uváděno pouze 20 otázek.

První otázka rozhovoru týkající se jména a oslovení byla zárukou vytvoření přátelského ovzduší, které následně napomohlo ochotě ke komunikaci. Tuto otázku je možné považovat za velmi důležitou a zároveň za úvodní. Zjišťuje, jak se dítě jmenuje, jak je oslovováno dospělou osobou (učitelkou mateřské školy), jak mu říkají děti a jak by si samo přálo být oslovováno. Pokud se oslovení shoduje, je zřejmé, že dítě subjektivně vnímá své jméno jako jemu milé. Doplnující otázka „Jak ti říkají, když zlobíš?“, která se neobjevuje v uvedeném rozhovoru, vyvolávala veselí a úsměv. Stěžejní část rozhovoru byla zaměřena na získání informace vztahu a postoje dítěte k předškolnímu zařízení, kmenovým učitelkám, ke kolektivu. Zároveň se zjišťovala ochota přijmout dočasně jinou paní učitelku, její nabídku citové podpory a míru spolupráce v takovém případě. Otázky týkající se kamarádů, her a hraček byly důležité pro pochopení emocionální vyspělosti dítěte, jeho postavení v kolektivu a vztahu ke kmenové učitelce. Další otázky směřovaly ke zjištění úrovně individuálního přístupu učitelky kmenové mateřské školy tak, jak je dítě vnímá, úrovně vlastního pozitivního přístupu a míry komunikace v kmenové mateřské škole. Část rozhovoru je soustředěna na prosociální, empatickou, emocionální a komunikativní vyspělost v kontextu s uplatňováním výchovně vzdělávacího programu kmenové mateřské školy. Závěr rozhovoru je pojat formou kresby „začarovaných školek“, kde je dítě podněcováno k symbolickému vyjadřování. Jde sice o techniku s projektivním charakterem, ale vzhledem k tomu, že cílem není získat její diagnostický výsledek, nebude tento produkt hodnocen. Charakter je možno chápat jako čistě informativní.

3.4 Stanovení předpokladů

Základním předpokladem celé bakalářské práce je odlišnost role učitelky speciální mateřské školy při nemocnici a role učitelky mateřské školy běžného typu. Tento předpoklad je v práci ověřován prostřednictvím diagnostických explorativních metod rozhovoru a dotazníku.

Bez znalosti vývojové psychologie, psychologie osobnosti i psychologie obecné by nebylo možné vyslovit myšlenku, že obě výše uvedené role učitelek jsou v určitém smyslu shodné a v jiném se naopak velmi rozcházejí. Odlišnostmi pedagogického cíle, pedagogických prostředků i metod je poukázáno na rozdílné chápání obou rolí a přesto jejich vzájemnou nezastupitelnost. Velmi podstatná část předpokladů je opřena o nezbytné proniknutí do povědomí medicíny, alespoň na úrovni představy, co která diagnóza znamená, jaká bývá prognóza, jak která vyšetření probíhají a jak je možné na ně děti připravovat. Za stěžejní východisko stanoveného předpokladu je možné považovat vyzdvižení důležitosti individuálního přístupu, který vychází z konkrétního opatření vyplývajícího z konkrétní potřeby.

3.5 Vyhodnocení výsledků

Vyhodnocení výsledků získaných pomocí obou uvedených metod bylo provedeno dvěma způsoby: slovním hodnocením a hodnocením grafickým. Výšečový graf byl použit v případě vhodnosti grafického znázornění.

3.5.1 Vyhodnocení nestandardizovaného dotazníku

Ze 34 dotazovaných rodičů pouze jeden odmítl dotazník vyplnit, takže vyhodnocení je provedeno na základě 33 navrácených dotazníků.

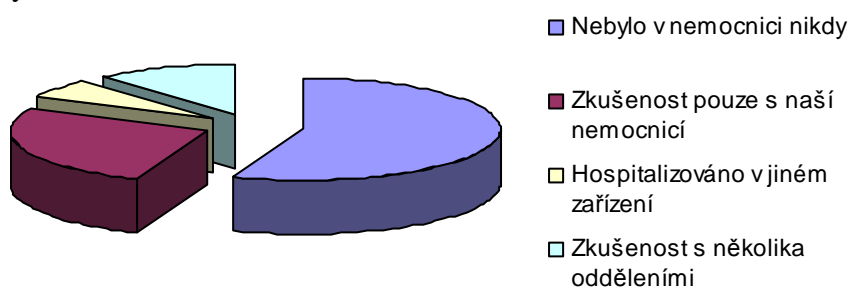
Znění celého dotazníku je uvedeno v příloze č.3

1. JAKÉ OSLOVENÍ DÍTĚTE POUŽÍVÁTE, KDYŽ JE NEJHODNĚJŠÍ?

Tak, jak byla otázka kladena, je zřejmé, že nečinila žádnému rodiči problém. Její vypovídající hodnota spočívala v informaci o oslovení dítěte v kladně citově zabarvené situaci. Některá pojmenování neměla s vlastním jménem nic společného a byla pouze krásně mazlivá. Otázka navodila pocit opravdového zájmu učitelky o dítě. *Za povšimnutí stálo přání dítěte, jak by bylo rádo oslovováno a vzájemné porovnání těchto informací, tak jak to vyplynulo z první otázky rozhovoru s dítětem.*

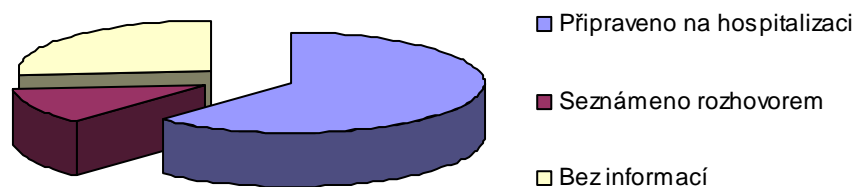
2. BYLO VAŠE DÍTĚ NĚKDY HOSPITALIZOVÁNO?

Rodiče uvedli, že 18 dětí nebylo v nemocnici nikdy, 9 dětí mělo zkušenosti pouze s naší nemocnicí, 2 děti byly hospitalizovány jenom v jiném zařízení a 4 děti měly zkušenosti s pobytem na několika odděleních.



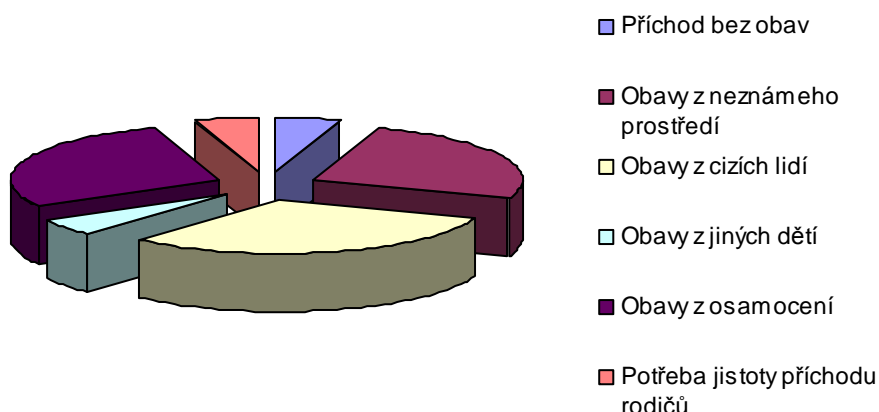
3. BYLO VAŠE DÍTĚ PŘIPRAVENO NA PŘÍPADNOU HOSPITALIZACI?

Odpovědi na tuto otázku nebyly příliš překvapivé, 21 dětí bylo s dětským oddělením seznámeno prostřednictvím probíhajícího projektu „Nemocnice se nebojíme“, jak je uvedeno v teoretické části 2.1.2.2. Formu informativního rozhovoru zvolili rodiče 4 dětí a v případě 8 dětí se ukázalo, že informaci neměly žádnou.



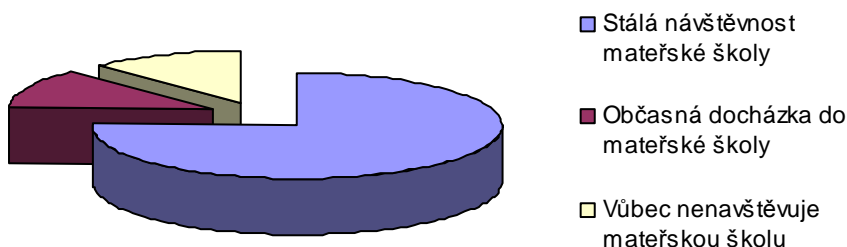
4. VYJÁDRILO VAŠE DÍTĚ OBAVU PŘI PŘÍCHODU DO NEMOCNICE?

Bez obav přišly do nemocnice pouze 2 děti, které měly s hospitalizací několikanásobnou zkušenost. Ostatní děti větší či menší obavu vyjadřovaly, často v závislosti na předchozí zkušenosti. Neznámého prostředí se obávalo 10 dětí, z cizích lidí 12 dětí, z ostatních dětí 2 děti, z osamocení 11 dětí a 2 děti měly potřebu ujištění o brzkém příchodu rodičů. *Vzhledem k možnosti zaškrtnutí více odpovědí se ve výsledku objevily v několika případech dětí vícenásobné obavy.*



5. NAVŠTĚVUJE VAŠE DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍ ZAŘÍZENÍ?

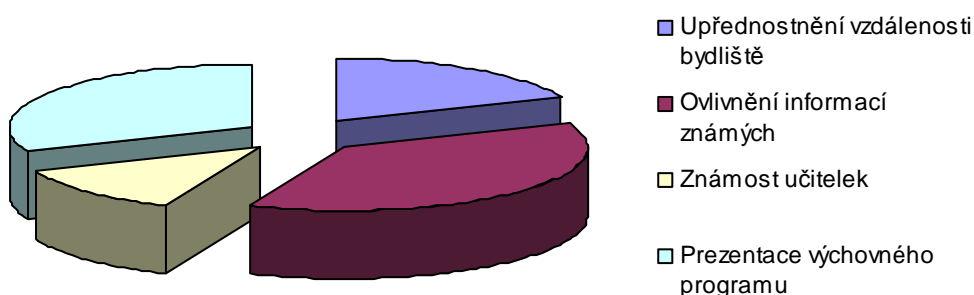
Z celkového počtu vrácených 33 dotazníků vyznělo, že stále navštěvuje mateřskou školu 25 dětí, někdy 4 děti a 4 děti do mateřské školy nechodí vůbec.



CO NEJVÍCE OVLIVNILO VÝBĚR MATEŘSKÉ ŠKOLY?

Je potěšující, že se celá řada rodičů odpovědně zamýšlí nad výběrem předškolního zařízení pro svého potomka. Velmi často je výběr ovlivněn zkušeností známých a také výchovně vzdělávacím zaměřením školy. Vzdálenost od bydliště hraje sice roli, ale ne tak podstatnou, jak tomu bývalo dříve. Vzhledem k možnosti výběru více odpovědí dochází ke statistickému průniku.

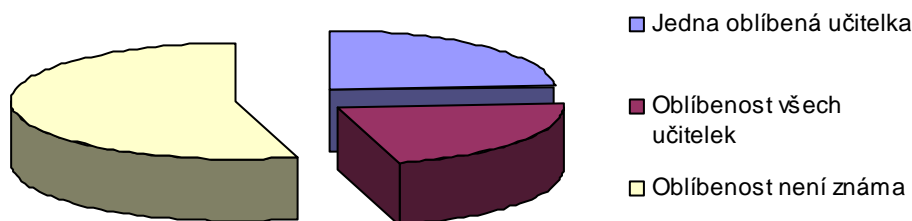
Vzdálenost bydliště upřednostňuje 6 rodin, informací známých bylo ovlivněno 14 rodin, na známost učitelek poukazují 4 rodiny a prezentovaný výchovný program upoutalo 12 rodin.



MÁ VAŠE DÍTĚ UČITELKY ZJEVNĚ RÁDO?

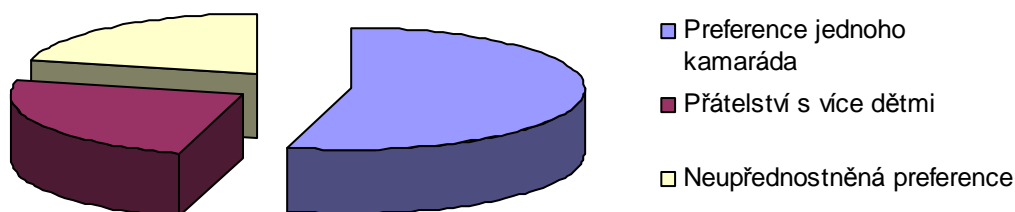
S odpovědí na tuto otázku si někteří rodiče nevěděli rady. Domnívali se, že u dítěte žádná výrazná náklonnost nevznikla, že dítě je s učitelkami spokojeno. Odpověď těchto rodičů byla – nevím (při tvorbě dotazníku nebyla tato neznalost předpokládána, předvýzkum na nic takového neukázal).

Jednu oblíbenou učitelku má 8 dětí, všem učitelkám projevuje náklonnost 7 dětí. U dalších 18 dětí rodiče nevědí.



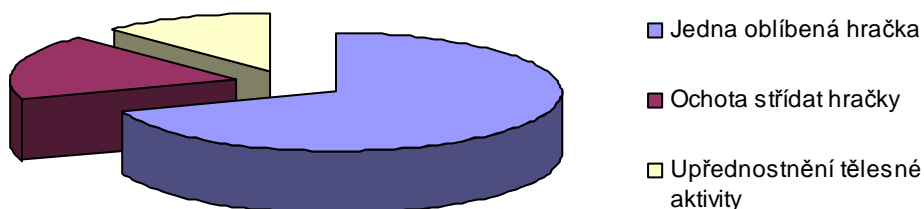
MÁ VAŠE DÍTĚ V KOLEKTIVU HODNĚ KAMARÁDŮ?

Rodiče 18 dětí odpovídají, že jejich dítě doma stále mluví o jednom kamarádovi, s více dětmi se pravděpodobně přátelí 8 dětí a ostatní, tedy 7 dětí, nikoho nepreferují.



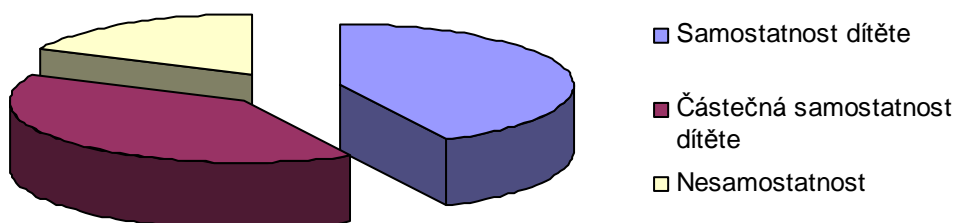
6. MÁ VAŠE DÍTĚ OBLÍBENOU HRAČKU?

Jako jednu oblíbenou hračku shledává u svých dětí 23 rodičů, 6 dětí je ochotno hračky střídat, 4 děti dávají přednost tělesné aktivitě.



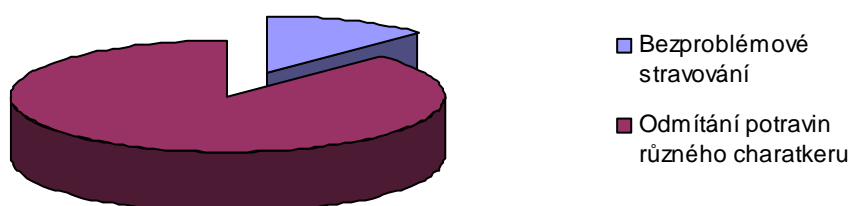
7. NA JAKÉM STUPNI JSOU ZÁKLADNÍ HYGIENICKÉ NÁVYKY VAŠEHO DÍTĚTE? (Používání WC, mytí rukou, používání kapesníku apod.)

Rodiče vyplnili samostatnost dítěte ve 14 dotaznících (jednalo se o děti před nástupem školní docházky), 13 odpovědí bylo s dopomocí (převážně problémy se samostatným použitím kapesníku), 6 dětí bylo zcela nesamostatných (nízký věk dětí a nezkušenost se samostatností, kterou vyžaduje pobyt v kolektivu).



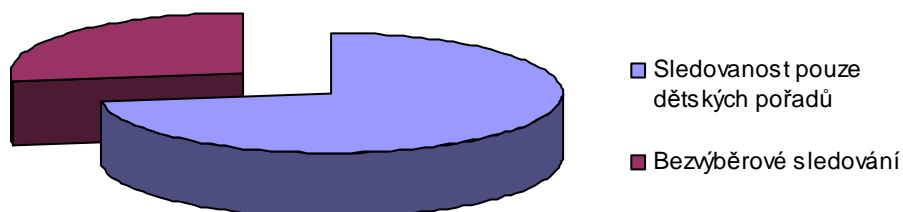
8. MÁ VAŠE DÍTĚ NĚJAKÉ PROBLÉMY V OBLASTI STRAVOVÁNÍ?

Jako bezproblémové byly uvedeny pouze 4 děti, zbývajících 29 dětí se potýká s odmítáním potravin různého charakteru. (*Účelem bylo zjistit, jaká konkrétní jídla děti odmítají, aby nedocházelo ke stresovým situacím v případě jejich předložení ke konzumaci.*)



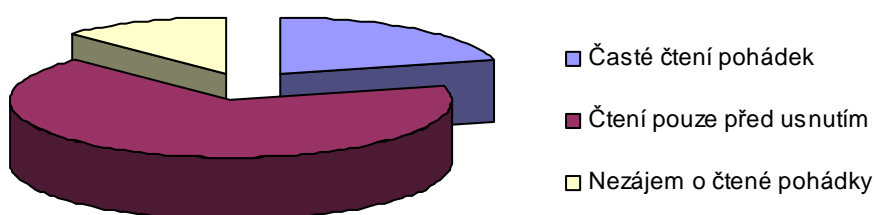
9. SLEDUJE VAŠE DÍTĚ TELEVIZNÍ POŘADY?

Televizní pořady sledují všechny děti, z toho se na pořady pouze pro děti dívá 24 dětí, zbývajícím 9 dětem je televizní vysílání předkládáno bez výběru.



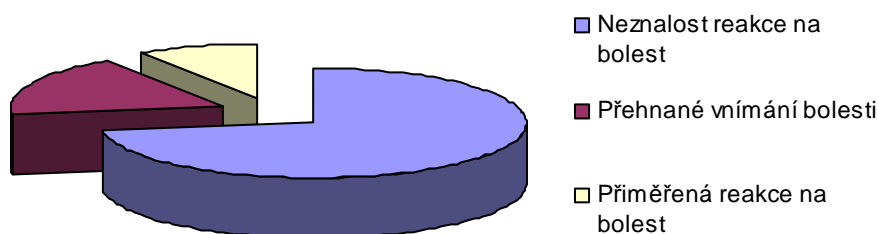
10. MÁ VAŠE DÍTĚ RÁDO ČTENÍ POHÁDEK?

Z dotazníku vyplynulo, že v 7 rodinách je čtení pohádek častým jevem, ve 22 se čte pouze před usnutím a u 4 dětí se objevil nezáměr o čtené pohádky. (Udávaný vysoký počet čtení před spaním pravděpodobně neodpovídá skutečnosti, mohlo se jednat třeba o formu vyprávění, nebo o čtení pouze někdy). *Tato formulace otázky nebyla příliš vhodná, a proto došlo k jejímu zkrácení. Tuto nesrovnalost předvýzkum neukázal.*



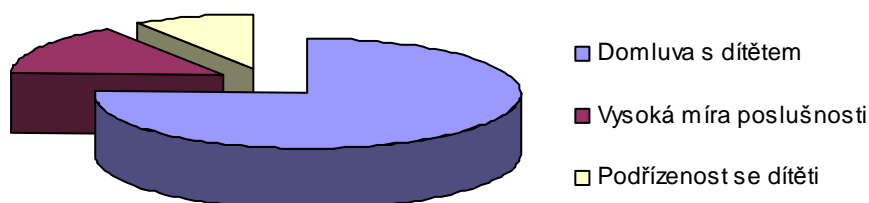
11. MYSLÍTE SI, ŽE VAŠE DÍTĚ REAGUJE NA PŘÍPADNOU BOLEST PŘÍMĚŘENÝM ZPŮSOBEM?

Rodiče 24 dětí zvolili odpověď „nevím“, po provedeném dotazu se ukázalo, že se touto myšlenkou nikdy nezabývali. Rodiče 6 dětí si myslí, že jejich dítě vnímá bolest přehnaně a pouze 3 děti reagují na bolest přiměřeným způsobem.



12. JAKÝ TYP VÝCHOVY PŘEVládÁ VE VAŠÍ RODINĚ?

Rodin, kde se snaží údajně s dítětem domluvit, je 25. *Tento vysoký počet může být dán i pocitem morální správnosti této odpovědi.* V rodinách 5 dětí je vyžadovaná vysoká míra poslušnosti, potřebám dítěte se podřizují 3 rodiny.

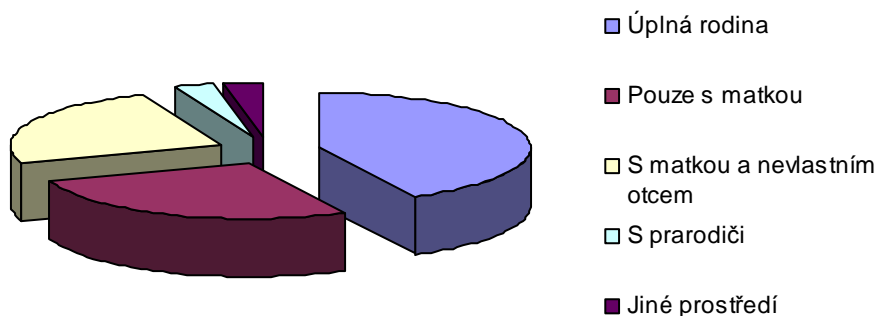


13. KOLIK DĚTÍ JE VE VAŠÍ RODINĚ? UVEĎTE VĚK DĚTÍ A OZNAČTE HOSPITALIZOVANÉ DÍTĚ.

Tento dotaz byl zaměřen především na zjištění postavení dítěte v rodině, neboť závislost na pořadí narození v rodině, tak, jak uvádí Prekopová (2002) ve své publikaci Prvorozené dítě (O sourozenecké pozici), ovlivňuje životní postoj dítěte.

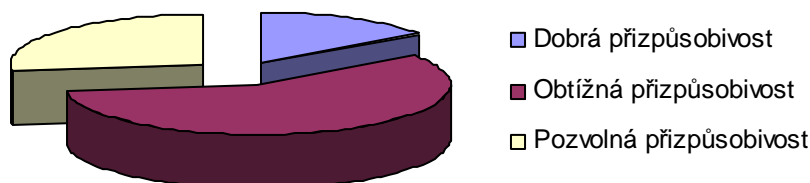
14. ŽIJE VAŠE DÍTĚ V ÚPLNÉ RODINĚ?

V úplné rodině žije 14 dětí, jen s matkou 9 dětí, s matkou a nevlastním otcem 8 dětí, s prarodiči žije 1 dítě a z jiného prostředí (dětský domov) přišlo 1 dítě.



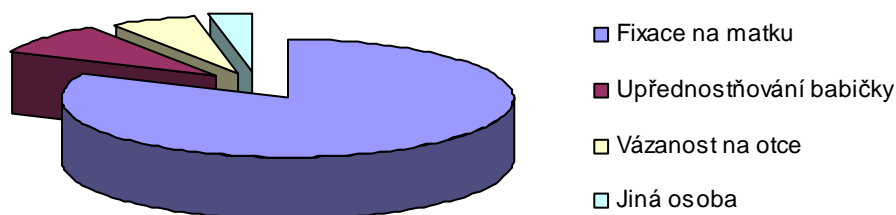
15. JAK REAGUJE VAŠE DÍTĚ NA CIZÍ PROSTŘEDÍ?

Při zpracovávání dotazníků se ukázalo, že na časté změny prostředí je zvyklých 5 dětí, zato dětí, kterým změny prostředí vadí, je 19. Ostatních 9 dětí sice pláče, ale zvykne si. *Tyto odpovědi je možno považovat za mírně spekulativní, neboť vystavení náročné životní situace není časté a ne všichni respondenti odpovídali na základě zkušenosti.*



16. NA JAKOU OSOBU JE VAŠE DÍTĚ NEJVÍCE FIXOVÁNO?

Nejvíce dětí je fixováno zřejmě na matku. Takovou odpověď uvedlo celkem 27 rodičů. U 3 dětí se objevuje upřednostňování babičky a 2 děti jsou vázány na otce. V 1 případě byla uvedena jiná osoba. *Z hlediska hodnocení nemá tento dotaz pro učitelku v nemocnici vypovídající hodnotu, ale je nesmírně důležitý pro komunikaci s dítětem.*



17. MYSLÍTE SI, ŽE JE VAŠE DÍTĚ PŘEVÁŽNĚ ... (doplňte)

Usměvavé

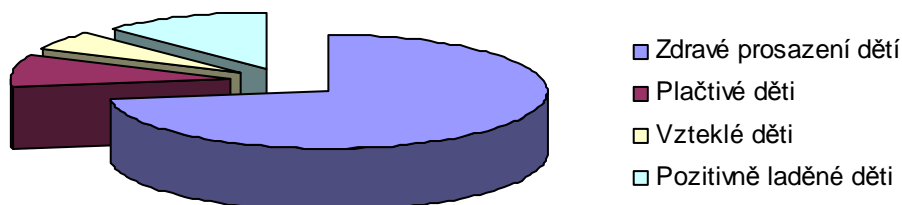
Klidné

Zdravě se prosazuje

Plačtivé

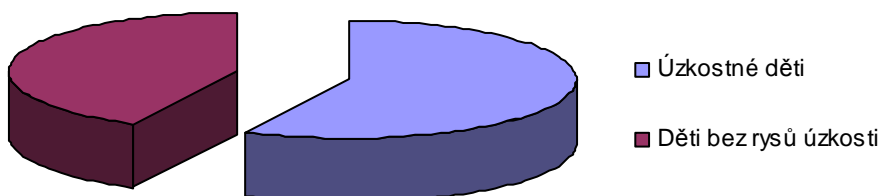
Vzteklé

Převážná většina rodičů se domnívá, že jejich dítě se prosazuje zdravě. Tento údaj uvedlo 24 rodičů. Jen u 3 dětí převládá plačtivost, za vzteklé byly označeny děti 2, u 4 dětí převládá pozitivní ladění.



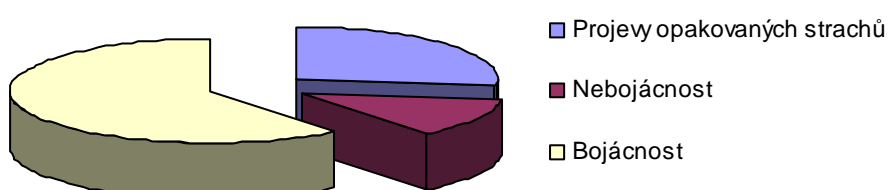
18. POVAŽUJETE VAŠE DÍTĚ ZA ÚZKOSTNÉ?

Jako úzkostné své dítě vidí 19 rodičů, zbytek, tedy 14 rodičů si myslí, že dítě úzkostné není. *Tak vysoký počet úzkostných dětí je pravděpodobně zkreslený samotnou úzkostností maminek, které dotazník vyplňovaly. Jen pro zajímavost: ani jeden otec, který se ankety zúčastnil, své dítě za úzkostné nepovažoval.*



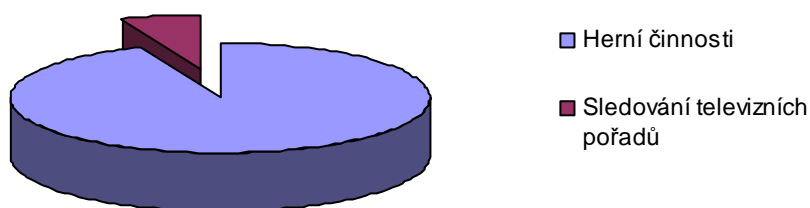
19. PROJEVUJE VAŠE DÍTĚ OPAKOVANĚ Z NĚČEHO STRACH?

Rodiče 9 dětí si nebyli vědomi nějakých opakovaných strachů svého dítěte. Za naprosto nebojácné považují své dítě 4 rodiče, bojácných dětí se objevilo 20. *V dotaznících byla nejčastěji uvedena obava právě z cizího prostředí, lidí, ale i třeba tmy.*



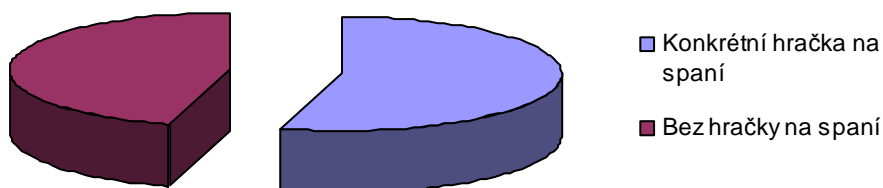
20. JAKOU ČINNOSTÍ SE VAŠE DÍTĚ NEJČASTĚJI ZABÝVÁ?

Všichni dotazovaní, až na 2 výjimky, uvádějí, že jejich dítě si nejraději hraje. U těchto dětí bylo uvedeno sledování televizních pořadů. V dotaznících byly uvedeny různé herní aktivity odpovídající věku dětí a jejich schopnostem.



21. MÁ VAŠE DÍTĚ NĚJAKOU STÁLOU HRAČKU NA SPANÍ?

Tento dotaz ukázal upřednostňování konkrétní hračky, se kterou dítě usíná, více než u poloviny dětí dotazovaných rodičů (18 dětí). Rodiče sice tuto skutečnost uvádějí, ale hračku ne vždy dítěti přinesou. Lze se domnívat, že fixaci na hračku není přikládána důležitost, kterou si zaslouží. Zdůvodnění, že si dítě alespoň odvykne, je považováno v situaci hospitalizace za nevhodné.



3.5.2 Vyhodnocení rozhovoru

Rozhovor byl veden celkem s 34 samostatně hospitalizovanými dětmi předškolního věku, z toho bylo 21 chlapců a 13 dívek.

Znění celého rozhovoru je uvedeno v příloze č .4.

1. JAK SE JMENUJEŠ?

JAK TI VE ŠKOLCE ŘÍKÁ PANÍ UČITELKA?

JAK TI ŘÍKAJÍ DĚTI?

JAK BY SE TI LÍBILO, ABYCHOM TI ŘÍKALI?

Úvodní otázku rozhovoru, která se týká oslovení dítěte, bylo možné považovat za stěžejní. Oslovení je důležité jak pro učitelku, tak pro samotné dítě. Oslovením učitelka dává najevo libost či nelibost z chování dítěte v závislosti na citovém zabarvení oslovení. Situace je pro dítě pak přehledná, ví, kdy je učitelka spokojená a kdy ne. Přejmou-li ostatní děti stejné užití jmen, nedochází k rozporům.

Odpověď na otázku JAK SE JMENUJEŠ? vyžaduje oficiální znění jména, tak, jak je zapsáno v rodném listě dítěte. Zatímco ostatní dotazy směřují k citovému zabarvení a k vlastnímu hodnocení a přijetí jména. Neoptimálnější situace vzniká tehdy, jestliže oslovení učitelkou ve školce, ostatními dětmi i vlastní přání dítěte je v souladu. Radostný vnitřní pocit při vyslovení vlastního jména se objevuje ve formě růstu sebevědomí a sebedůvěry nejen v době dětství, ale dokonce i v dospělosti.

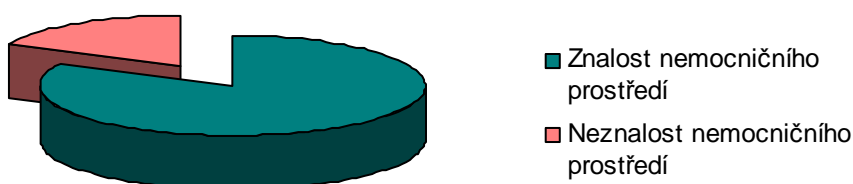
Shoda oslovení dítěte učitelkou mateřské školy, ostatními dětmi a přáním samotného dítěte je uváděna ve 22 odpovědích. U 4 dětí bylo přání oslovení v naprostém rozdílu od jeho uvedení v kalendáři. Jednalo se o přenesené významy (zlatíčko, srdíčko, pusinko ...). Zbýlých 8 dětí uvedlo různé způsoby oslovení.

2. VÍŠ, CO JE TO NEMOCNICE?

UŽ JSI NĚKDY V NEMOCNICI BYL?

Z rozhovoru vyplynulo, že všechny děti mají povědomí o tom, co je to nemocnice. Znalostí nemocničního prostředí se pochlubilo 28 dětí, pouze 6 dětí nebylo v nemocnici nikdy ani na návštěvě.

Tak vysoké procento dětí, které nemocniční prostředí znaly, je pravděpodobně způsobeno nejen účastí místních mateřských škol na projektu Nemocnice se nebojíme, ale také ústupem striktnosti zákazu návštěv dětí v nemocnicích.



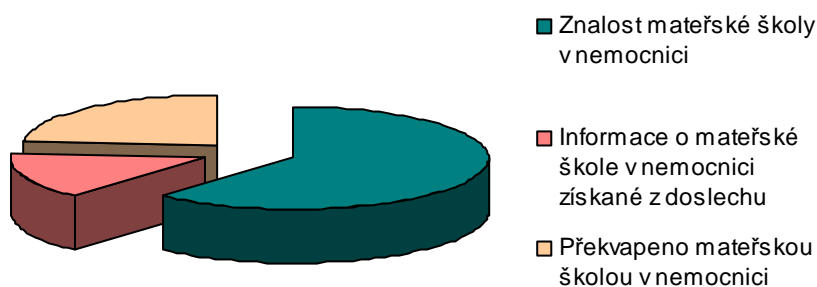
3. VĚDĚL JSI, ŽE JE V NEMOCNICI TAKÉ ŠKOLKA?

ANO? ODKUD TO VÍŠ? KDO TI TO POVĚDĚL?

NE? JÁ TI O TOM NĚCO POVÍM (*Stručná charakteristika o mateřské škole při nemocnici.*)

Děti, které se zúčastnily projektu „Nemocnice se nebojíme“ automaticky reagovaly kladnou odpovědí na dotaz o umístění mateřské školy v nemocnici. Těchto dětí bylo 21. Informaci z doslechu mělo 5 dětí a 8 dětí bylo překvapeno.

Reakce všech dětí odpovídala očekávání. Mateřská škola při nemocnici je poplatná funkčnosti a plní svoje poslání. I z tohoto důvodu se zdá, že záměr rušení mateřských škol při nemocnicích je neopodstatněný a že by pravděpodobně mohlo dojít ke snížení kvality péče o dítě v případné jeho samostatné hospitalizaci.



**4. NAŠE ŠKOLKA JE MALIČKÁ ŠKOLIČKA, VAŠE JE JISTĚ VĚTŠÍ.
VÍŠ, KOLIK MÁTE VE VAŠÍ ŠKOLCE ODDĚLENÍ?
MY TADY ZAHRADU NA HRANÍ NEMÁME, VY ANO?**

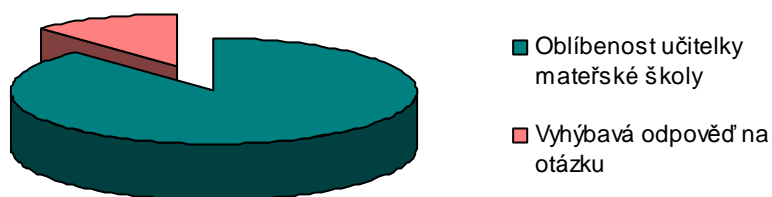
Rozdíly týkající se porovnání velikosti obou zmiňovaných mateřských škol zaznamenaly všechny děti. Znalost rozdělení dětí do různých oddělení projevilo pouze 12 dětí, a to takových, které navštěvují více třídní mateřskou školu po dobu příslušnou k získání tohoto poznatku. Kladnou odpověď o umístění zahrady u mateřské školy daly všechny děti. A také všechny projevily lítost nad tím, že mateřská škola při nemocnici zahradu na hraní nemá.

Otázka nebyla kladena za účelem zjištění velikosti a struktury mateřských škol, které děti navštěvují, ale jejím cílem bylo přivést děti k uvědomění si rozdílnosti porovnávaných zařízení.

**5. MÁŠ RÁD SVOJI PANÍ UČITELKU?
MYSLÍŠ, ŽE BYCH MOHLA BÝT TVOJÍ PANÍ UČITELKOU PO DOBU,
CO BUDEŠ V NEMOCNICI?**

Na tuto otázku uvedlo kladnou odpověď 30 dětí, zbylé 4 děti odpovídaly vyhýbavě. Všechny souhlasily s přechodným přijetím učitelky v nemocnici.

Je možné usuzovat, že celá řada dětí mohla odpovídat tak, aby splnily předpokládanou odpověď. I děti v předškolním věku mají povědomí o tom, co by mělo být správné a umí se chovat tak, jak je od nich očekáváno.



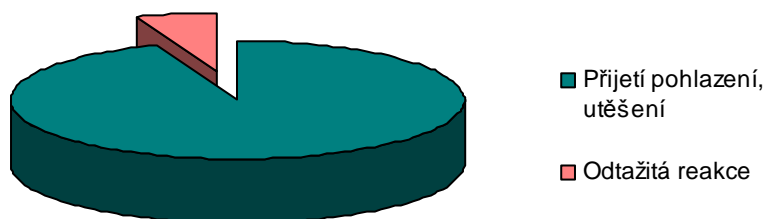
6. PANÍ UČITELKA VE ŠKOLCE VÁS DOBRĚ ZNÁ. VÍ, JAK JSTE HODNÍ, JAK ZLOBÍTE... . JÁ TĚ VLASTNĚ VŮBEC NEZNÁM, ALE TAKÉ BYCH RÁDA VĚDĚLA, Z ČEHO SE RADUJEŠ, CO TĚ ZLOBÍ. PROZRADÍŠ MI NĚCO O SOBĚ?

Tato otázka byla důležitá pro učitelku při nemocnici z hlediska spíše psychologického, než informativního. Je důležité vědět, jak dítě samo sebe hodnotí a sebe vnímá v závislosti na hodnocení druhých. Tato sdělení nenahrazovala informace klíčové, ale vypovídala o vlastních pocitech dítěte a ochotě je sdělovat. Podstatný byl jejich výběr. Za pozastavení stálo, pokud se dítě samo hodnotilo negativně a ani přes opakované nabídky na sobě nenašlo mnoho pozitivního.

**7. VŠECHNY DĚTI NĚKDY PLÁČOU. CO DĚLÁ TVOJE PANÍ UČITELKA, KDYŽ PLÁČEŠ?
SMÍM TĚ V TAKOVÉM PŘÍPADĚ POHLADIT, POCHOVAT, UTĚŠIT?**

Děti připustily možnost občasného pláče. Udávaná reakce učitelek byla závislá na důvodu pláče. V případě úrazu uvedly děti utěšování učitelkou, v jiných případech připouštěly děti možnost odvádění pozornosti. Ze 34 dětí se jich 32 nechalo pohladit i utěšit, jenom 2 děti se chovaly odtažitě.

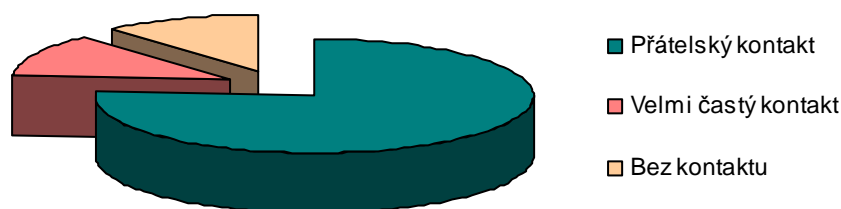
Je možné se domnívat, že nabízená forma citové pomoci odpovídala situaci, nebyla přehnaná a tak děti neodrazovala. Prostor, který jim byl poskytnut, zjevně odpovídal situaci a plnil předpokládanou funkci. V udávaných dvou odtažitých případech se mohlo jednat o prvotní nepřístupnost nebo o neovlivnitelnou nesympatii.



8. POVÍDÁ SI ČASTO PANÍ UČITELKA S TVOJÍ MAMINKOU, TATÍNKEM?

Pravděpodobný častý přátelský kontakt učitelky s rodiči uvedlo 26 dětí, velmi častý kontakt připouští 4 děti (osobní civilní známost, problémové dítě), údajně z časových důvodů si 4 rodiče s učitelkou nepovídají vůbec.

Děti velmi dobře vnímají spolupracovní pouto, které vzniká mezi učitelkou a rodiči a zcela jasně to ovlivňuje postoje dítěte k učitelce a opačně. Rozvinutá spolupráce je vždy pouze ku prospěchu a její podceňování není na místě.



9. VŠIML SIS, ŽE V NAŠÍ ŠKOLCE JE MÉNĚ DĚTÍ A ŽE JSOU RŮZNĚ VELIKÉ?

CHTĚL BYS TADY MÍT KAMARÁDA?

MY TADY VŠICHNI SPOLU KAMARÁDÍME, BUDEME RÁDI, KDYŽ SE K NÁM PŘIDÁŠ, CHCEŠ?

MÁŠ VE SVÉ ŠKOLCE OPRAVDOVÉHO KAMARÁDA?

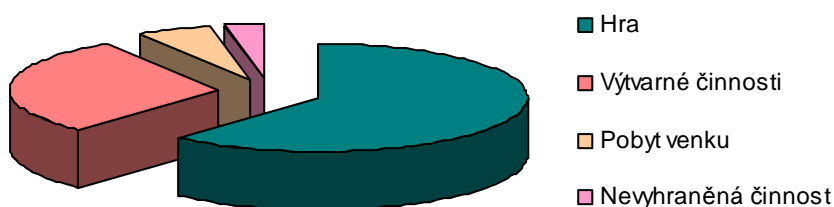
S rozdílem v počtu a věkové odlišnosti dětí mateřské školy v nemocnici nemělo problém žádné dítě. Ne všichni by vyhledávaly nového kamaráda, zřejmě si na přechodnou dobu vystačí s citovou oporou učitelky. Opravdové kamarádství ve své mateřské škole cítí 23 dětí.

Je zřejmé, že většina dětí touží po kontaktu s jinými dětmi. Sbližuje je podobný osud v roli pacienta, hledají vzájemnou podporu v orientaci mezi neznámými osobami a prostředím. Takto krátkodobá navázaná kamarádství nemívají dlouhodobý charakter. Dá se říci, že se jedná o vytěžení pozitiv v nouzi. Zajímavá jsou setkání dětí ze stejného předškolního zařízení. Ačkoli se v každodenním styku nevyhledávaly, v nemocnici se navzájem velmi podporují a saturují si potřebu známé společnosti.

10. CO DĚLÁŠ VE ŠKOLCE NEJRADĚJI? CO BYS DĚLAL RÁD TADY?

Nejoblíbenější činnost - hraní uvedlo 21 dětí. Výtvarné činnosti se rádo oddává 10 dětí, z pobytu venku se těší 2 děti, 1 dítě neví.

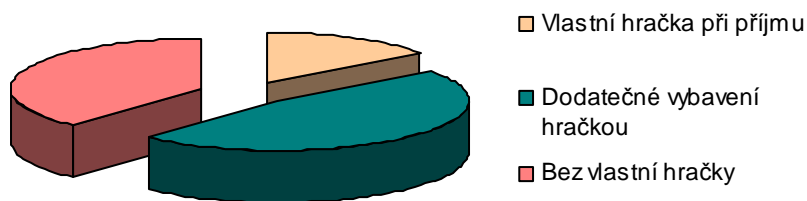
Odpověď potvrzuje obecně platné pravidlo, že předškolní období je charakterizováno v první řadě dobou hry, protože tato činnost je aktivitou, v níž se dítě projevuje především. I výtvarný projev se dá považovat za hru. Také tělesný pohyb neodmyslitelně provází děti po celou dobu předškolního věku a tak je potřeba pobytu venku naprosto pochopitelná. Nerozhodnosti jednoho dítěte nelze přikládat žádnou směrodatnou hodnotu.



11. MÁŠ S SEBOU NĚJAKOU SVOJI HRAČKU? CHCEŠ SI TADY NĚJAKOU VYBRAT? NOSÍŠ SI S SEBOU DO ŠKOLKY NĚJAKOU SVOU HRAČKU?

Svoji oblíbenou hračku si s sebou přineslo 5 dětí, dodatečně bylo vlastní hračkou vybaveno 16 dětí. Všechny děti si hospitalizaci zpříjemnily zapůjčením hračky nemocniční mateřské školy. Do školky si nosí vlastní hračku především mladší děti.

Fixace předškolního dítěte na oblíbenou hračku je obecně známá. Jedná se zřejmě o jisté zastoupení blízké osoby v době její nepřítomnosti. Určitá vyzrálost dítěte předpokládá schopnost obejít se po určitou dobu bez zmiňované blízké osoby, ale toto odloučení může být zmírněno právě oblíbenou hračkou, která bezesporu zvyšuje pocit jistoty dítěte. I z tohoto důvodu se dá pochopit, proč si děti přinášejí vlastní hračku.



12. JISTĚ ZNÁŠ POLEDNÍ ODPOČINEK. POHÁDKU BUDU ČÍST JEN PRO TEBE. JAKOU MÁŠ RÁD?
PANÍ UČITELKA VE ŠKOLCE ČTE TAKÉ POHÁDKY? JEN PRO TEBE?

Předpoklad, že učitelka v běžné mateřské škole nečte pohádku jen pro jedno dítě se potvrdil. Nabízená individuální četba byla dětem příjemná, požadavky oblíbených pohádek byly rozdílné. Je samozřejmé, že učitelka běžné mateřské školy nemá takové podmínky k individuálnímu čtení pohádek. Nemocniční lůžko je zcela jiným lůžkem než ve školce, a tak i pohádka je vnímána zcela jiným způsobem. Čtení je možné považovat do jisté míry za terapeutickou činnost. Také přivlastnění učitelky při této činnosti je specifické.

13. MÁTE VE ŠKOLCE TAKOVOU HRU, ŽE JI HRAJE PANÍ UČITELKA JEN S TEBOU? JAKOU?

Děti uvedly, že paní učitelka si obvykle hraje s více dětmi.

Reálná možnost hry pouze jednoho dítěte s učitelkou byla malými pacienty přijata a stala se vyhledávanou. Velkou službu prokazují neobvyklé stolní hry, které má mateřská škola při nemocnici k dispozici. Novou činností se děti snadno poutají a zároveň otevřeně vypovědí o nejčastěji využívaných hrách ve školce. Individuální hra, podobně jako individuální čtení, je, jak bylo zmiňováno v předchozím textu, terapeutické. Dítě získává jistotu, zbavuje se obav, odvádí myšlenky od bolesti, nemoci, odloučení. Takto organizovanou aktivitu je možno uskutečnit vzhledem ke specifickým situacím mateřské školy při nemocnici.

**14. POVÍDÁŠ SI ČASTO S PANÍ UČITELKOU VE ŠKOLCE, TŘEBA O TOM,
CO SE PŘIHODILO U VÁS DOMA NEBO CESTOU DO ŠKOLKY?
POVÍDÁŠ SI O TOM I S OSTATNÍMI DĚTMI?**

Děti sdělily, že si s učitelkami i ostatními dětmi vyprávějí různé příhody. Učitelky zřejmě naslouchají dětem ochotně a podporují tak děti v rozvoji jejich komunikačních dovedností.

Poskytnutí komunikačního prostoru dětem je trend, který se objevuje již několik let. Tento požadavek pro učitelky mateřských škol je zakotven v Rámcovém programu pro předškolní vzdělávání a je závazný pro všechny mateřské školy. Komunikační dovednost je nezbytná k uplatnění nejen v předškolním věku, ale i po celý další život. Je potěšující, že všechny učitelky komunikační rozvoj dětí podporují.

**15. MÁŠ RADOST, KDYŽ SE NA TEBE NĚKDO USMÍVÁ A JE HODNÝ?
USMÍVÁŠ SE TAKÉ NEBO SE MRAČÍŠ?**

Všechny děti se domnívají, že když se na ně někdo usměje, usmívají se také.

Toto zkreslené tvrzení se zakládá na vlastním přání dětí, které předpokládá, že nabízí-li někdo úsměv, je možné počítat s jeho náklonností. Většina dětí dává přednost přátelskému postoji před postojem agresivním. Své přání úsměvné odezvy tak děti promítají do celé situace.

**16. KAŽDÝ CHCE BÝT ZDRAVÝ. VÍŠ, CO VŠECHNO PRO TO MŮŽEŠ
UDĚLAT?
VYPRÁVÍTE SI VE ŠKOLCE O NEBEZPEČÍ NEMOCI A ÚRAZU?**

Zdravý životní styl není pro děti pojmem neznámým. Zkušenosti z oblasti správné výživy, nutnosti pohybu a hygieny mají nejen z mateřské školy. Lze říci, že prevenci nemocnosti a úrazovosti je věnována patřičná pozornost.

Toto tvrzení je možné opřít o výsledky hry „Co by se stalo, kdyby ...“. V této hře děti dokončují řešení navozených situací tak, jak se domnívají, že je správné. Převážná většina reakcí je správná a svědčí tak o přiměřeném postoji k nebezpečí.

17. TADY V NEMOCNICI SI DĚTI NAVZÁJEM HODNĚ POMÁHAJÍ. MÁŠ VE ŠKOLCE NĚKOHU KOMU TAKÉ ČASTO POMÁHÁŠ, ANEBO NĚKOHU, KDO POMÁHÁ TOBĚ?

Všechny děti rády pomáhají a jsou ochotné přijmout pomoc druhého. Jen 2 děti si stěžovaly, že jim nikdo nepomůže.

V odpovědích dětí se potvrzuje, že jsou vedeny k vzájemné úctě, k respektu druhých a k porozumění. Prosociální chování se v poslední době staví do popředí výchovy a děti se vedou k celkové sociální způsobilosti. Tento trend se odráží v ochotě pomáhat a pomoc neodmítat.

18. PŘEDSTAV SI, ŽE UŽ JSI VELKÝ /Á/. LÍBILO BY SE TI BÝT PANEM UČITELEM /PANÍ UČITELKOU/ ? MYSLÍŠ, ŽE BY TĚ BAVILO HRÁT SI JEN SE ZDRAVÝMI DĚTMI NEBO TAKÉ POMÁHAT DĚTEM NEMOCNÝM?

Tato otázka byla vskutku sugestivní, některé děti by si přály být pedagogem a hrát si se všemi dětmi, včetně nemocných. Jiné spatřují svoji profesní budoucnost v odlišném oboru, ale hrát by si chtěly s nemocnými dětmi také.

Lze soudit, že profese učitelky v očích dětí se těší veliké oblibě. Učitelka je pro ně nejen autoritou, ale zároveň ztělesňuje do jisté míry představu ideálu. Důkazem toho je identifikace, kterou dítě často využívá.

**19. TADY V NEMOCNICI MÁME I MIMINKA. VÍŠ, JAK SE TAKOVÉ
MIMINKO NARODÍ? JAK SE O MIMINKO SPRÁVNĚ STARAT?
POVÍME SI O TOM?**

Rozhovor na toto téma byl přínosný pro obě strany. V rodinách, kde mají děti možnost pozorovat péči o miminko se u hospitalizovaných dětí objevily kvalitní znalosti a zprostředkované zkušenosti s péčí o nejmenší děti. Vědomí výrazné odlišnosti přístupu ke kojencům je u předškolních dětí podstatným znakem přítomnosti kvalitní sexuální výchovy. Ale i děti, které dosud neměly reálnou možnost osobního kontaktu s dětmi kojeneckého věku pochopily jejich bezbrannost a nutnost péče a ochrany.

V praxi je u předškolních dětí výrazný posun ve vědomí, že kojeneček není schopen akceptovat ani dobře míněné požadavky. Kojeneček nepřizpůsobí svůj hlasový projev svému okolí. Okolí se naopak přizpůsobuje kojenci. Sledování konkrétních situací v nemocnici umožní dítěti pochopit oprávněnost upřednostňování dětí kojeneckého věku.

**20. PŘEDSTAV SI, ŽE DO KAŽDÉ ŠKOLKY PŘIŠEL KOUZELNÍK, KTERÝ
ZAČAROVAL PANÍ UČITELKY S DĚTMI DO ZVÍŘAT.
POKUS SE NAKRESLIT OBRÁZEK VAŠÍ ZAČAROVANÉ ŠKOLKY
A POTOM TAKÉ TĚ NAŠÍ V NEMOCNICI.**

Závěr rozhovoru byl záměrně koncipován do výtvarného projevu. Šlo nejen o získání vnímaných vztahových informací z prostředí předškolních zařízení, ale zároveň o uvolnění výtvarnou formou.

Skoro všechny děti rády kreslí. Kreslení ve spojení s čarováním vyvolalo u dětí pocit tajemna a kouzla. Skoro všechny děti mají rády zvířátka. Zvířátka ve spojení s kreslením jsou cennými diagnostickými údaji. Obvykle odhalují emoce, přání, názory, povahové rysy i vztahy. Některé děti vyjadřovaly obavy z vlastního umění kresebného projevu. Dodání dostatečného množství sebevědomí vedlo děti k uvolnění a sebedůvěře. Děti pak ochotně přistoupily k zadané hře. Některé děti v průběhu kresby popisovaly začarované postavy, jiné doplnily tyto údaje po dokončení kresby. Děti, které měly v živé paměti nedávnou návštěvu zoologické zahrady uplatnily ve svých představách především cizokrajná zvířata, u jiných

děti se objevilo ovlivnění zkušeností osobního kontaktu se zvířaty domácími. Také zvířátka z pohádek si našla v kresbě zastoupení. Ve většině kreseb byla postava pozitivního zvířete znázorněna jako učitelka. Rozlišení mezi učitelkou kmenové mateřské školy a mateřské školy při nemocnici bylo minimální. Jen vzácně se v kresbě objevilo vynechání postavy učitelky. U některých obrázků byla znázorněna učitelka s jedním dítětem, jinde se objevilo dětí několik a byly i kresby znázorňující celou skupinu. Také prostředí, ve kterém byly obrázky ztvárněny odpovídalo předpokladu. Mateřská škola při nemocnici byla vždy znázorňována v interiérovém charakteru. Při zaměření na využití barevné škály bylo zjištěno, že děti používaly téměř všechny odstíny barev. Lze se tedy domnívat, že horší momentální zdravotní a psychický stav dětí nebyl vnímán jako traumatizující.

Interpretace výsledků kresebného vyjádření učitelce mateřské školy nepřísluší. Výše uvedené hodnocení nemá diagnosticky vypovídající hodnotu a kresba nebyla s tímto záměrem sledována. Cílem tohoto projevu byla především radost a příležitost k pochvale.

3.6 Shrnutí výsledků praktické části

Výsledky průzkumu získané pomocí diagnostických metod nestandardního dotazníku a rozhovoru potvrdily předpokládanou odlišnost ve vnímání pozice učitelky speciální mateřské školy při nemocnici a učitelky klasické mateřské školy.

Ačkoli jsou role obou učitelek nezpochybnitelně značně odlišné, je potřeba přijmout tvrzení o nezastupitelnosti každé z nich v klíčovém období života dítěte.

4 ZÁVĚR

Největší odměnou každé učitelky jsou hezké vzpomínky dětí na prožívání společně strávených chvil. Vracejí-li se v dospělosti děti a vybavují-li si převážně pozitivní okamžiky, je patrné, že mateřská škola byla dobrým osobním průvodcem v labyrintu dětského světa. Dětské oči vnímají velice citlivě svoje ladění, bojácnost, divokost i snivost, smutnění i pohodovost. Aby toto vnímání nebylo narušeno negativními vlivy, které by mohla přinést dětská hospitalizace, je třeba přispěchat dítěti na pomoc. Právě tato myšlenka byla podnětem k výběru tématu bakalářské práce.

Rozpracování problematiky škol při nemocnicích se teprve rodí. To, že dítě potřebuje smysluplnou péči zajišťující psychickou rovnováhu v nestandardní situaci, je už nepochybné. Celkový vývoj dítěte je ovlivněn nejen dědičnými předpoklady, ale do velké míry i vlivy vnějšího prostředí a klíčovými osobnostmi. Za jednu z takových osobností jsou považovány i učitelky mateřských škol. Jejich pedagogická činnost je zaměřena nejen na celkový rozvoj dítěte, ale především na zvládání situací, které život připravuje. Přes rozdílnost role učitelek různých typů mateřských škol ve skutečnosti zůstává záměr působení stejný. Prosociálně orientované dítě s respektem pro jedinečnost každého individua.

Bez teoretických znalostí, bez praktických zkušeností, bez rozvinutí celé řady možností podporující kvalitní přístup, by nebyla reálně naplněna pozice učitelky mateřské školy nejen při nemocnici. Výsledky dotazníku i rozhovoru ukázaly, jak mohou být informace důležité.

Výsledek bakalářské práce ozřejmil postavení a ujasnil roli učitelky v životě předškolního dítěte. Klíčovým poznatkem se do určité míry překvapivě jeví vnímání učitelky očima dětí. Zdá se, že děti velký rozdíl mezi učitelkami kmenových mateřských škol a učitelkami škol při nemocnici nevidí. Odlišnost je pocíťována spíše dospělými, kteří pravděpodobně mylně chápou záměr mateřské školy při nemocnici. Děti považují učitelku za osobnost a to je pro ně směrodatné.

S trochou smutku můžeme sledovat návrat dětí do rodičovské náruče ... Odměnou je pocít zdárného zvládnutí hospitalizace.

5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Uvedený průzkum ukázal také na možnosti zlepšení celkové situace dané problematiky. Celostátní odborný seminář na téma „Komplexní péče o děti v nemocnici a jejich rodiče“, pořádaný Společností pro herní práci s dětmi v nemocnici je důkazem potřeby řešit znepokojivou situaci v péči o hospitalizované děti, např. rušení škol při nemocnici, nevyjasněné pozice herních specialistů na odděleních, role rodičů při péči o nemocné dítě a jiné.

Rozšíření povědomí o přítomnosti mateřské školy při nemocnici zastoupenou učitelkou s příslušnou odborností je nezbytností. Vypracování a realizace projektu „Nemocnice se nebojíme“ bylo prvním krokem, pokračováním v prezentaci dětského oddělení je plánovaná případná medializace v regionálním vysílání a tisku.

Navrhovaná opatření zahrnují několik oblastí:

V první řadě jde o proniknutí do povědomí široké veřejnosti, hlavně dětí a jejich rodičů. Efektivitu je možné dosáhnout přímou osvětou, konkrétní formou prezentace školy při nemocnici na třídních schůzkách v mateřských školách, ale i na prvním stupni základních škol, na pedagogických poradách, výstavkami prací hospitalizovaných dětí na veřejných prostranstvích města, v areálu nemocnice, lékárnách a ambulancích pediatrií.

Dále se jako nepostradatelná jeví spolupráce s učitelkami mateřských škol na úrovni osobního kontaktu a propracování vazeb se všemi spádovými předškolními zařízeními.

V neposlední řadě je třeba přistoupit k vytvoření smysluplného vztahu se střední zdravotnickou školou, a alespoň rámcově seznámit žákyně se zásadami přístupu k hospitalizovaným dětem.

Za nutné je považovat propracování mechanismu při vyplňování dotazníku rodiči v době nepřítomnosti učitelky na oddělení (sobota, neděle, noční příjmy). Bylo by ještě možné doplnit dotazník o informaci o době, kdy se rodiče mohou na učitelku obrátit s případnými doplňujícími dotazy a informacemi.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 656 s. ISBN 80-7178-463-X
2. HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 232 s. ISBN 80-7178-888-0
3. HLADÍLEK, M. *K obecným základům pedagogiky*. 2. vyd. Liberec: TUL, 1997. 114 s. ISBN 80-7083-265-7
4. KOLLÁRIKOVÁ, Z., PUPALA, B. *Předškolní a primární pedagogika. Předškolská a elementární pedagogika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 456 s. ISBN 80-7178-585-7
5. KYRIACOU, CH. *Klíčové dovednosti učitele*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 155 s. ISBN 80-7178-965-8
6. MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 108 s. ISBN 80-7178-853-8
7. MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 184 s. ISBN 80-5-247-0870-1
8. MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 232 s. ISBN 80-7178-799-X
9. NIESEL, R., WILFRIED, G. *Poprvé v mateřské škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 104 s. ISBN 80-7178-989-5
10. OPRAVILOVÁ, E., GEBHARTOVÁ, V. *Rok v mateřské škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 496 s. ISBN 80-7178-847-3
11. PREKOP, J. *Prvorozené dítě. O sourozenecké pozici*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 128 s. ISBN 80-247-9004-1
12. PRŮCHA, J. *Učitel*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 160 s. ISBN 80-7178-621-7
13. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 392 s. ISBN 80-7178-829-5
14. SPOUSTA, V. *Speciálně pedagogická diagnostika etopedická*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1990. 112 s.
15. SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 792 s. ISBN 80-7178-545-8
16. ŠVINGALOVÁ, D. *Základy psychologie. Psychologická propedeutika*. I. díl. 3. vyd. Liberec: TUL, 1998. 109 s. ISBN 80-7083-296-7
17. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0
18. VALIŠOVÁ, J. *Speciální pedagog ve výchovně vzdělávacím procesu*. 1. vyd. Praha: SPN, 1979. 174 s.

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – 10 důvodů proč má být maminka v nemocnici společně s svým dítětem

Příloha č. 2 – Charta práv dětí v nemocnici

Příloha č. 3 – Dotazník

Příloha č. 4 – Rozhovor

8 PŘÍLOHY

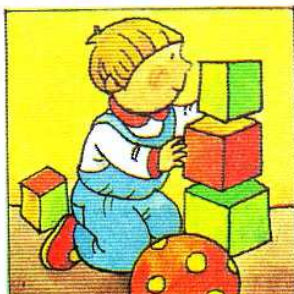
10 DŮVODŮ, PROČ MÁ BÝT MAMINKA V NEMOCNICI SPOLEČNĚ SE SVÝM DÍTĚTEM



1. Dítě je klidnější a méně úzkostné, protože mu maminka může vysvětlit vše, co se s ním děje, a může ho podpořit a ukonejšit.



2. Maminka pomůže lékařům a sestrám porozumět dítěti. Toto je obzvláště důležité, je-li dítě handicapované a má smyslovou poruchu.



3. Dítě je po návratu domů méně rozrušené a snadněji se přizpůsobí životu v rodině.



4. Možnost pobývat s dítětem v nemocnici vychází vstříc vlastní potřebě matky, aby pečovala o své nemocné dítě.



5. Stará-li se o dítě v nemocnici maminka, je také omezena možnost případného přenosu nemocniční infekce.



6. Pro lékaře a sestry je většinou snadnější vyšetřovat a léčit dítě v přítomnosti maminky.



7. Lékaři a sestry mají příležitost vést maminku, jak pečovat o nemocné dítě.



8. Dítě může být dříve propuštěno do domácí péče, protože maminka je podrobně seznámena s průběhem léčby a během pobytu v nemocnici si osvojila potřebné dovednosti.



9. Pozorování vzájemného vztahu a interakce mezi matkou a dítětem může být důležité při upřesňování diagnózy a pro stanovení dalšího postupu léčby.



10. Méně zkušení členové ošetřujícího týmu se mohou poučit od zkušených matek, jak zacházet s dítětem.



CHARTA PRÁV DĚTÍ V NEMOCNICI

(Materiál v tomto znění podpořila Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví

České republiky v roce 1993)

- 1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetření nebo při ambulantním docházení.*
- 2. Děti v nemocnici mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali, aby se na péči o své dítě mohli podílet. Rodiče by měli být plně informováni o chodu oddělení a podporováni v aktivní účasti na něm.*
- 3. Děti, stejně jako jejich rodiče, mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.*
- 4. Děti a jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.*
- 5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.*
- 6. Dětem se musí dostávat péče od náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických a emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny*
- 7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít v nemocnici své věci.*
- 8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.*
- 9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývoovým potřebám a požadavkům a také uznávaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.*
- 10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.*

DOTAZNÍK

1. JAKÉ OSLOVENÍ DÍTĚTE POUŽÍVÁTE, KDYŽ JE NEJHODNĚJŠÍ?

2. BYLO VAŠE DÍTĚ NĚKDY HOSPITALIZOVÁNO?

Ano, zde ve vaší nemocnici

Ne, nikdy

Ano, v jiné nemocnici

3. BYLO VAŠE DÍTĚ PŘIPRAVENO NA PŘÍPADNOU HOSPITALIZACI?

Ano, mluvili jsme o nemocnici doma

Ano, dítě navštívilo dětské oddělení s MŠ

Ne

4. VYJÁDŘILO VAŠE DÍTĚ OBAVU PŘI PŘÍCHODU DO NEMOCNICE?

Ano – z čeho – z neznámého prostředí

- z cizích lidí

- z ostatních dětí

- z osamocení

- z jiných důvodů (jakých)

(Je možné zaškrtnout více odpovědí)

Ne, dítě nevyjádřilo žádné obavy

5. NAVŠTĚVUJE VAŠE DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍ ZAŘÍZENÍ?

Ano (vyplňte následující údaje)

CO NEJVÍCE OVLIVNILO VÝBĚR MATEŘSKÉ ŠKOLY?

Vzdálenost bydliště

Známost učitelek

Doporučení známých

Podle prezentovaného výchovného programu

Jiný důvod – jaký

(Je možné zaškrtnout více odpovědí)

MÁ VAŠE DÍTĚ UČITELKY V MŠ ZJEVNĚ RÁDO?

Ano

Ne

Upřednostňuje jen některou

MÁ VAŠE DÍTĚ V KOLEKTIVU DĚTÍ HODNĚ KAMARÁDŮ?

Ano

Ne

Má jednoho, dva

Ne, nenavštěvuje

Někdy

6. MÁ VAŠE DÍTĚ OBLÍBENOU HRAČKU?

Ano – jakou

Ne

7. NA JAKÉM STUPNI JSOU ZÁKLADNÍ HYGIENICKÉ NÁVYKY VAŠEHO DÍTĚTE? (Používání WC, mytí rukou, používání kapesníku apod.)

Dítě je zcela samostatné

S dopomocí – ve které oblasti

Dítě je nesamostatné

8. MÁ VAŠE DÍTĚ NĚJAKÉ PROBLÉMY V OBLASTI STRAVOVÁNÍ?

Ano – jaké

Ne

9. SLEDUJE VAŠE DÍTĚ TELEVIZNÍ POŘADY

Ano

Ano, jen pořady pro děti

Ne

10. MÁ VAŠE DÍTĚ RÁDO ČTENÍ POHÁDEK?

Ano, čteme často
Ano, čteme před spaním
Ne, poslech čtených pohádek dítě nebaví

**11. MYSLÍTE SI, ŽE VAŠE DÍTĚ REAGUJE NA PŘÍPADNOU BOLEST
PŘIMĚŘENÝM ZPŮSOBEM?**

Ano, dítě vnímá bolest přiměřeným způsobem
Ne, přehání to
Nevím

12. JAKÝ TYP VÝCHOVY PŘEVLÁDÁ VE VAŠÍ RODINĚ?

S dítětem se snažíme domluvit
Dítě musí poslouchat
Vše se podřizuje potřebám dítěte

**13. KOLIK DĚTÍ JE VE VAŠÍ RODINĚ? UVEĎTE VĚK DĚTÍ A OZNAČTE
HOSPITALIZOVANÉ DÍTĚ**

14. ŽIJE VAŠE DÍTĚ V ÚPLNÉ RODINĚ?

Ano
Ne, jen s matkou
S matkou a nevlastním otcem
S prarodiči
V jiné – jaké

15. JAK VAŠE DÍTĚ REAGUJE NA CIZÍ PROSTŘEDÍ?

Dítě je zvyklé na časté změny prostředí
Dítě reaguje pláčem, ale zvykne si
Dítě není zvyklé na neznámé prostředí

16. NA JAKOU OSOBU JE VAŠE DÍTĚ NEJVÍCE CITOVĚ FIXOVÁNO?

17. MYSLÍTE SI, ŽE JE VAŠE DÍTĚ PŘEVÁŽNĚ ... (doplňte)

Usměvavé
Klidné
Zdravě se prosazuje
Plačtivé
Vzteklé

18. POVAŽUJETE VAŠE DÍTĚ ZA ÚZKOSTNÉ?

Ano
Ne

19. PROJEVUJE VAŠE DÍTĚ OPAKOVANĚ Z NĚČEHO STRACH?

Ano – z čeho
Ne
Nevím

20. JAKOU ČINNOSTÍ SE VAŠE DÍTĚ NEJRADEJI ZABÝVÁ?

21. MÁ VAŠE DÍTĚ NĚJAKOU STÁLOU HRAČKU NA SPANÍ?

Ano – jakou
Ne

ROZHOVOR

20. JAK SE JMENUJEŠ?

JAK TI VE ŠKOLCE ŘÍKÁ PANÍ UČITELKA?

JAK TI ŘÍKAJÍ DĚTI?

JAK BY SE TI LÍBILO, ABYCHOM TI ŘÍKALI?

21. VÍŠ, CO JE TO NEMOCNICE?

UŽ JSI NĚKDY V NEMOCNICI BYL?

22. VĚDĚL JSI, ŽE JE V NEMOCNICI TAKÉ ŠKOLKA?

ANO? ODKUD TO VÍŠ? KDO TI TO POVĚDĚL?

NE? JÁ TI O TOM NĚCO POVÍM (*stručná charakteristika o mateřské škole při nemocnici*)

23. NAŠE ŠKOLKA JE MALIČKÁ ŠKOLIČKA, VAŠE JE JISTĚ VĚTŠÍ.

VÍŠ, KOLIK MÁTE VE VAŠÍ ŠKOLCE ODDĚLENÍ?

MY TADY ZAHRADU NA HRANÍ NEMÁME, VY ANO?

24. MÁŠ RÁD SVOJI PANÍ UČITELKU?

MYSLÍŠ, ŽE BYCH MOHLA BÝT TVOJÍ PANÍ UČITELKOU PO DOBU, CO BUDEŠ V NEMOCNICI?

25. PANÍ UČITELKA VE ŠKOLCE VÁS DOBRĚ ZNÁ. VÍ, JAK JSTE HODNÍ, JAK ZLOBÍTE..... JÁ TĚ VLASTNĚ VŮBEC NEZNÁM, ALE TAKÉ BYCH RÁDA VĚDĚLA Z ČEHO SE RADUJEŠ, CO TĚ ZLOBÍ. PROZRADÍŠ MI NĚCO O SOBĚ?

26. VŠECHNY DĚTI NĚKDY PLÁČOU. CO DĚLÁ TVOJE PANÍ UČITELKA, KDYŽ PLÁČEŠ?

SMÍM TĚ V TAKOVÉM PŘÍPADĚ POHLADIT, POCHOVAT, UTĚŠIT?

27. POVÍDÁ SI ČASTO PANÍ UČITELKA S TVOJÍ MAMINKOU, TATÍNKEM?

28. VŠIML SIS, ŽE V NAŠÍ ŠKOLCE JE MÉNĚ DĚTÍ A ŽE JSOU RŮZNĚ VELIKÉ?

CHTĚL BYS TADY MÍT KAMARÁDA?

MY TADY VŠICHNI SPOLU KAMARÁDÍME, BUDEME RÁDI, KDYŽ SE K NÁM PŘIDÁŠ, CHCEŠ?

MÁŠ VE SVÉ ŠKOLCE OPRAVDOVÉHO KAMARÁDA?

29. CO DĚLÁŠ VE ŠKOLCE NEJRADĚJI?

CO BYS DĚLAL RÁD TADY?

30. MÁŠ S SEBOU NĚJAKOU SVOJI HRAČKU?
CHCEŠ SI TADY NĚJAKOU VYBRAT?
NOSÍŠ SI S SEBOU DO ŠKOLKY NĚJAKOU SVOU HRAČKU?
31. JISTĚ ZNÁŠ POLEDNÍ ODPOČINEK. POHÁDKU BUDU ČÍST JEN PRO
TEBE. JAKOU MÁŠ RÁD?
PANÍ UČITELKA VE ŠKOLCE ČTE TAKÉ POHÁDKY? JEN PRO TEBE?
32. MÁTE VE ŠKOLCE TAKOVOU HRU, ŽE JI HRAJE PANÍ UČITELKA JEN
S TEBOU? JAKOU?
33. POVÍDÁŠ SI ČASTO S PANÍ UČITELKOU VE ŠKOLCE, TŘEBA O TOM CO
SE PŘIHODILO U VÁS DOMA, NEBO CESTOU DO ŠKOLKY? POVÍDÁŠ SI
O TOM I S OTATNÍMI DĚTMI?
34. MÁŠ RADOST, KDYŽ SE NA TEBE NĚKDO USMÍVÁ A JE HODNÝ?
USMÍVÁŠ SE TAKÉ, NEBO SE MRAČÍŠ?
35. KAŽDÝ CHCE BÝT ZDRAVÝ. VÍŠ, CO VŠECHNO PRO TO MŮŽEŠ
UDĚLAT?
VYPRÁVÍTE SI VE ŠKOLCE O NEBEZPEČÍ NEMOCI A ÚRAZU?
17. TADY V NEMOCNICI SI DĚTI NAVZÁJEM HODNĚ POMÁHAJÍ. MÁŠ VE
ŠKOLCE NĚKOHO KOMU TAKÉ ČASTO POMÁHÁŠ, ANEBY NĚKOHO,
KDO POMÁHÁ TOBĚ?
18. PŘEDSTAV SI, ŽE UŽ JSI VELKÝ /Á/. LÍBILO BY SE TI BÝT PANEM
UČITELEM /PANÍ UČITELKOU/ ? MYSLÍŠ, ŽE BY TĚ BAVILO HRÁT SI
JEN SE ZDRAVÝMI DĚTMI, NEBO TAKÉ POMÁHAT DĚTEM
NEMOCNÝM?
19. TADY V NEMOCNICI MÁME I MIMINKA. VÍŠ, JAK SE TAKOVÉ
MIMINKO NARODÍ? JAK SE O MIMINKO SPRÁVNĚ STARAT? POVÍME
SI O TOM?
21. PŘEDSTAV SI, ŽE DO KAŽDÉ ŠKOLKY PŘIŠEL KOUZELNÍK, KTERÝ
ZAČAROVAL PANÍ UČITELKY S DĚTMI DO ZVÍŘAT.
POKUS SE NAKRESLIT OBRÁZEK VAŠÍ ZAČAROVANÉ ŠKOLKY
A POTOM TAKÉ TĚ NAŠÍ V NEMOCNICI.